



## **Allgemeine Informationen**

### **Faktenblatt für Fachkreise**

## Der klinische Fall zur Rauchentwöhnung bei hospitalisierten Patient:innen

### Die Wichtigkeit der Thematisierung des Rauchens bei hospitalisierten Patient:innen

Rauchen ist die häufigste vermeidbare Todes- und Invaliditätsursache in Deutschland. Zudem besteht ein **direkter Zusammenhang mit den Behandlungsergebnissen im Krankenhaus**.<sup>1</sup>

Darüber hinaus ist der Tabakkonsum für einen großen Teil der Ausgaben im Gesundheitssystem verantwortlich (bis zu 15% der Gesamtausgaben).<sup>2</sup>

Die Thematisierung des Tabakkonsums bei rauchenden Patient:innen ist eine der wichtigsten Interventionen, die wir anbieten können, um sowohl kurz- als auch langfristige Gesundheits- und Pflegeergebnisse zu verbessern.

Die Einweisung ins Krankenhaus ist eine wichtige Gelegenheit, Raucher:innen zu helfen, um sowohl kurze Ratschläge zum Rauchen als auch Unterstützung bei der Rauchentwöhnung zu geben, einschließlich der Überweisung an eine spezialisierte Rauchentwöhnungshilfe.

#### Warum ist die Intervention bei einer Hospitalisierung sinnvoll?

1. Viele hospitalisierte Patient:innen rauchen. Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen fortgesetztem Rauchen und dem Behandlungserfolg sowie der Genesung.
2. Der Rauchstopp kann zu erheblichen gesundheitlichen Vorteilen führen und die Verweildauer, Komplikationen und Wiedereinweisungen ins Krankenhaus reduzieren sowie das langfristige Risiko einer rauchbedingten Erkrankung der Patient:innen verringern und ihre Gesundheitsausgaben senken.
3. Krankenhauspatient:innen sind empfänglicher für eine „ärztliche Kurzberatung“ und ein Unterstützungsangebot zur Rauchentwöhnung, da sie aufgrund ihres Krankenhausaufenthalts und/oder ihres Gesundheitszustands häufig eine Phase erhöhter Motivation zur Rauchentwöhnung erleben.
4. Viele Patient:innen, die regelmäßig rauchen, benötigen Unterstützung beim Tabakentzug im Krankenhaus. Die Patient:innenunterstützung bei der Bewältigung akuter Entzugssymptome fördert die Einhaltung der Richtlinien für rauchfreie Krankenhäuser, verbessert ihre klinische Versorgung und kann zum langfristigen Rauchstopp führen.

## Auswirkungen des Rauchens auf die Krankenhaus- und Gesundheitsergebnisse

Rauchende Patient:innen haben eine längere Krankenhausverweildauer, erhöhte Komplikationen und unerwünschte Ereignisse, eine geringere Wirksamkeit der Behandlung, ein erhöhtes Risiko für erneute Krankenseinweisungen und eine schlechtere Überlebensrate.

### Das fortgesetzte Rauchen erhöht das Risiko für:

- Unterdrückte Immunantwort<sup>3</sup>
- Infektionen<sup>3</sup>
- Verzögerte Wundheilung<sup>4</sup>
- Versagen von Bindegewebstransplantaten, Versagen der Knochenheilung<sup>5-6</sup>
- Herz-Kreislauf-Ereignisse und Tod bei Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen<sup>7-9</sup>
- Verringerte Wirksamkeit von Behandlungen bei Lungen-, Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen<sup>10</sup>
- Verringerte Überlebenszeit bei kardiovaskulären, Schlaganfall-, Lungen- und Krebspatient:innen<sup>11</sup>
- sowie viele andere Risiken<sup>4</sup>

## Die Auswirkung eines Krankenhausaufenthaltes auf die Rauchentwöhnung

- Die Erfahrung des Krankenhausaufenthaltes selbst kann als Motivation für Entwöhnungsversuche bei Krankenhauspatient:innen dienen und sogar dazu führen, dass Patient:innen langfristig mit dem Rauchen aufhören.<sup>5,7,12-14</sup>
- Die rauchfreie Krankenhausumgebung und in vielen Fällen der schlechte Gesundheitszustand der Patient:innen erfordern möglicherweise, dass Raucher:innen mit dem Rauchen aufhören, und bieten die ideale Gelegenheit, eine Behandlung einzuleiten.
- Viele Patient:innen hören während der Krankenseinweisung mit dem Rauchen auf und diejenigen, die nicht vollständig mit dem Rauchen aufhören, reduzieren tendenziell ihren Tabakkonsum.<sup>8,12,14</sup>

## Welche gesundheitlichen Vorteile hat die Rauchentwöhnung für Krankenhauspatient:innen?

Der Rauchstopp kommt nicht nur der langfristigen Gesundheit eines Patient:innen zugute, weil das Risiko für rauchbedingte Krankheiten<sup>9</sup> verringert wird. Vielmehr kann die Rauchabstinenz Patient:innen auch dabei helfen, sich schneller zu erholen, da die akuten Auswirkungen des Rauchens auf den Körper beseitigt werden. Es gibt nachweisliche Vorteile des Rauchstopps in Bezug auf Krankenhausaufenthalte und allgemeine Gesundheitsergebnisse.

### Behandlungsergebnisse im Krankenhaus

**Programme zur Rauchentwöhnung im stationären Bereich haben sich als äußerst kosteneffektive Interventionen erwiesen und können zu erheblichen Kosteneinsparungen für das Gesundheitssystem führen:**<sup>14-16</sup>

- Verkürzung von Aufenthaltsdauer, Komplikationen und 30-tägiger Wiedereinweisungen sowie Verhinderung von Todesfällen<sup>1,15-17</sup>
- Verringerung des Risikos postoperativer Komplikationen und Reduzierung von Wundheilungskomplikationen um 20–40 %<sup>6,18</sup>

### Allgemeine gesundheitliche Vorteile einer Rauchentwöhnung<sup>19</sup>

- Innerhalb von 20 Minuten sinken Herzfrequenz und Blutdruck.
- Innerhalb von 12 Stunden normalisieren sich die Kohlenmonoxidwerte im Blut.
- Innerhalb von 24 Stunden sinkt das Risiko eines Herzinfarkts.
- Innerhalb von 2 Wochen bis 3 Monaten verbessert sich die Durchblutung und die Lungenfunktion nimmt zu.
- Innerhalb von 1 bis 9 Monaten erlangt die Lunge ihre normale Ziliarfunktion zurück, wodurch das Infektionsrisiko verringert wird.
- Innerhalb eines Jahres wird das Herzinfarktrisiko um die Hälfte reduziert.
- Innerhalb von 5 bis 15 Jahren sinkt das Schlaganfallrisiko auf das von Nichtraucher:innen.
- Mit 10 Jahren ist das Lungenkrebsrisiko etwa halb so hoch wie das von Raucher:innen. Auch das Risiko für Krebserkrankungen im Mund-, Rachen-, Blasen-, Nieren- und Bauchspeicheldrüsenkrebs sinkt.
- Mit 15 Jahren liegt das Herzinfarktrisiko auf dem Niveau von Nichtraucher:innen.

## Die Unterstützung bei der Rauchentwöhnung ist wirksam

- Die Durchführung einer Intervention zur Rauchentwöhnung bei Krankenhauspatient:innen hat sich unabhängig vom Grund der Aufnahme als wirksam erwiesen.<sup>12</sup>
- Laut den vorliegenden Erkenntnissen wird die Wahrscheinlichkeit der Rauchabstinenz erhöht durch bereits im Krankenhaus beginnende Rauchentwöhnungsmaßnahmen, die Medikamente zur Rauchentwöhnung, Beratung und verhaltensorientierte Unterstützung am Krankenbett sowie entsprechende Unterstützung nach der Entlassung für  $\geq 1$  Monat umfassen.<sup>12</sup> Es ist wichtig, den Patient:innen nach der Entlassung Unterstützung zu bieten, damit sie langfristig aufhören zu rauchen, insbesondere wenn sie zu ihren normalen Alltagsroutinen zurückkehren. Dies beinhaltet die verhaltensorientierte Unterstützung, um ungesunde Gewohnheiten durch gesunde zu ersetzen, sowie den Einsatz von Rauchentwöhnungsmedikamenten.
- Aktuelle Erkenntnisse deuten darauf hin, dass Medikamente zur Rauchentwöhnung, darunter Nikotinersatztherapie (NET), Bupropion (Zyban) und Vareniclin (Champix), allesamt wirksame Behandlungsmethoden zur Rauchentwöhnung sind, welche die Chancen der Patient:innen, kurz- und langfristig mit dem Rauchen aufzuhören, deutlich erhöhen.<sup>20</sup>

## Bewährte Methoden zur Bewältigung des Tabakentzugs im stationären Bereich

Die meisten Raucher:innen erleben wenige Stunden nach ihrer letzten Zigarette milde bis schwere Entzugssymptome. Die Symptome können Aggression und Feindseligkeit umfassen und sich auf die Betreuung der Patient:innen auswirken. **Das Erkennen dieser Symptome und die Bewältigung des Entzugs sollten bei hospitalisierten Raucher:innen daher von Priorität sein.**

Die Bereitstellung einer NET oder eines Medikaments wie Vareniclin kann Entzugssymptome lindern und den langfristigen Rauchstopp unterstützen. Eine Kombination aus Nikotinpflaster (NET-Pflaster können bis zu 20-40 Minuten zur Entfaltung ihrer therapeutischen Wirkung benötigen) mit einem schnell wirkenden oralen NET-Produkt (z. B. Kaugummi, Inhalator oder Spray) wird als praxisorientierte Vorgehensweise empfohlen.<sup>21-22</sup> NET wird in der Regel im stationären Bereich eingesetzt, da es schnell wirkt. Tablettenbasierte Medikamente wie Vareniclin und Bupropion, die über eine Woche hinweg auf therapeutische Dosen eingestellt werden, können auch hilfreich sein, um eine langfristige Rauchentwöhnung einzuleiten.

### **Entzugssymptome des Tabakentzugs umfassen:<sup>23</sup>**

- Drang oder Verlangen zu rauchen
- Unruhe oder Konzentrationsstörungen
- Reizbarkeit, Aggression, Angst, Weinanfälle, Traurigkeit oder Depression
- Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten
- Gesteigerter Appetit und Gewichtszunahme
- Husten
- Geschwüre im Mund
- Verstopfung
- Schwindel

## **Medizinische Kurzberatung zur Rauchentwöhnung: Die ABC-Methode**

### **Wie man das Thema Rauchentwöhnung bei Patient:innen ansprechen kann**

Das Deutsche Krebsforschungszentrum sowie die EU-Kommission geben ein tabakfreies Deutschland beziehungsweise eine tabakfreie Europäische Union als Ziel für das Jahr 2040 aus.<sup>24-25</sup>

Die Bereitstellung einer medizinischen Kurzberatung ist eine klinisch erprobte, vorbeugende Maßnahme, die jedes medizinische Fachpersonal durchführen kann.<sup>16</sup> Es ist weiterhin wichtig, bei jeder Gelegenheit Ratschläge zu geben, da Raucher:innen möglicherweise mehrere Versuche unternehmen, um erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören.<sup>22,26</sup> Darüber hinaus können Patient:innen an einen Spezialisten für Rauchentwöhnung überwiesen werden. Wenn sie im Krankenhaus oder über eine örtliche Rauchentwöhnungsberatung Unterstützung beim Rauchen erhalten, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit dem Rauchen aufhören, dreimal höher.<sup>27</sup>

Das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) stellt mit der 3-A-Strategie einen **Behandlungsleitfaden zur Unterstützung der Rauchentwöhnung** zur Verfügung, der bei Krankenhauspatient:innen angewendet werden kann und vom NCSCT an dieser Stelle empfohlen wird. Im deutschsprachigen Raum hingegen empfiehlt die S3-Leitlinie zu Rauchen und Tabakabhängigkeit<sup>28</sup> die **ABC-Methode**<sup>29-30</sup> ("Ask", "Brief Advice", "Cessation Support"), die im Folgenden stattdessen dargestellt werden soll. Als Kurzintervention umfasst sie im Wesentlichen die drei Schritte fragen, beraten und unterstützen:

## **ASK – FRAGEN Sie nach und dokumentieren Sie den Rauchstatus**

### **BRIEF ADVICE – BERATEN Sie den Patienten oder die Patientin:**

- **Empfehlen Sie den Rauchstopp und beraten Sie individuell** und darauf bezogen, was der Person persönlich wichtig ist (z.B. Gesundheit, Familie, oder Finanzielles).
- **Erkennen Sie an, dass ein Rauchstopp zwar schwierig, aber möglich ist.** Jeden Tag hören Menschen mit dem Rauchen auf, auch wenn sie manchmal ein paar Anläufe benötigen. Wichtig ist es, es immer wieder zu versuchen und nicht aufzugeben.
- **Ermutigen Sie und bieten Sie Unterstützung an.** Manche Personen werden nicht sofort aufhören wollen, aber sie sollten wissen, dass Sie ihnen Hilfe anbieten können, wann immer sie bereit dazu sind.

### **CESSATION SUPPORT – UNTERSTÜTZEN Sie beim Rauchstopp:**

- Bieten Sie verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten an. Nicht jede rauchende Person ist für die gleiche Art der Unterstützung geeignet. Helfen Sie der Person, damit sie die für sie passende finden kann.
- Verschreiben Sie eine Nikotinersatztherapie zur Behandlung von Entzugssymptomen. Überwachen Sie den Entzug und passen Sie die medikamentöse Behandlung entsprechend an.
- Der beste Weg, mit dem Rauchen aufzuhören, ist eine Kombination aus therapeutischer Unterstützung und Medikamenten zur Rauchentwöhnung. Verweisen Sie dazu den Patienten oder die Patientin an spezialisierte Stellen zur Rauchentwöhnung.

## Referenzen

1. Royal College of Physicians. *Hiding in plain sight: Treating tobacco dependency in the NHS*. RCP; 2018.
2. Effertz T. Die Kosten des Rauchens in Deutschland im Jahr 2018 - aktuelle Situation und langfristige Perspektive. *Atemweg Lungenkrank.* 2019;45(7):307-14. <https://doi.org/10.5414/ATX02359>
3. Russell LB, Teutsch SM, Kumar R, Dey A, Milan E. Preventable smoking and exercise-related hospital admissions. A model based on the NHEFS. *Am J Prev Med.* 2001;20(1):26–34. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00262-2](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00262-2)
4. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. *The health consequences of smoking – 50 years of progress: A report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. Abgerufen am 11 August 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
5. Lando H, Hennrikus D, McCarty M, Vessey J. Predictors of quitting in hospitalized smokers. *Nicotine Tob Res.* 2003;5(2):215–22. <https://doi.org/10.1080/0955300031000083436>
6. Warner DO, Wartier DC. Perioperative abstinence from cigarettes: Physiologic and clinical consequences. *Anesthesiology.* 2006;104(2):356–67. <https://doi.org/10.1097/0000542-200602000-00023>
7. Ong KC, Cheong GN, Prabhakaran L, Earnest A. Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. *Respirology.* 2005;10(1):63–9. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2005.00656.x>
8. Duffy SA, Scholten RL, Karvonen-Gutierrez CA. The relation of tobacco use during hospitalization to post-discharge smoking cessation among US veterans. *Prev Med.* 2010;50(5–6):285–7. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.01.012>
9. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 2004;328:1519. <https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.ae>
10. Rietbrock N, Kunkel S, Wörner W, Eyer P. Oxygen-dissociation kinetics in the blood of smokers and non-smokers: Interaction between oxygen and carbon monoxide at the hemoglobin molecule. *N-S Arch Pharmacol.* 1992;345:123–8. <https://doi.org/10.1007/bf00175479>
11. Akrawi W, Benumof JL. A pathophysiological basis for informed preoperative smoking cessation counselling. *J Cardiothor Vasc An.* 1997;11(5):629–40. [https://doi.org/10.1016/s1053-0770\(97\)90020-3](https://doi.org/10.1016/s1053-0770(97)90020-3)
12. Rigotti N, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane DB Syst Rev.* 2012;(5):CD001837. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001837.pub3>
13. Reid RD, Mullen KA, Slovinec D'Angelo ME, et al. Smoking cessation for hospitalized smokers: An evaluation of the "Ottawa Model". *Nicotine Tob Res.* 2010;12(1):11–8. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntp165>
14. Evison M, Pearse C, Howle F, et. al. Feasibility, uptake and impact of a hospital-wide tobacco addiction treatment pathway: Results from the CURE project pilot. *Clin Med.* 2020;20(2):196–202. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2019-0336>
15. Mullen KA, Manuel DG, Hawken SJ, et al. Effectiveness of a hospital initiated smoking cessation programme: 2-year health and healthcare outcomes. *Tob Control.* 2017;26(3):293–9. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052728>
16. Lee D, Lee YR, Oh IH. Cost-effectiveness of smoking cessation programs for hospitalized patients: A systematic review. *Eur J Health Econ.* 2019;20(9):1409–24. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01105-7>



## Referenzen

17. Wilkins K, Shields M, Rotermann M. Smokers' use of acute care hospitals—A prospective study. *Health Rep.* 2009;20(4):75-83. Abgerufen am 12 September 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20108608/>
18. Mills E, Eyawo O, Lockhart I, Kelly S, Wu P, Ebbert JO. Smoking cessation reduces postoperative complications: A systematic review and meta-analysis. *Am J Med.* 2011;124(2):144–54.e8. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.09.013>
19. Shah RS, Cole JW. Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2010;8(7):917–32. <https://doi.org/10.1586/erc.10.56>
20. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. *Cochrane DB Syst Rev.* 2013;(5):CD009329. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2>
21. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, duration, and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane DB Syst Rev.* 2019;(4):CD013308. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013308>
22. National Institute for Clinical Excellence. *Tobacco: Preventing uptake, promoting quitting and treating dependence (NG209)*. Veröffentlicht am 30 November 2021. Aktualisiert am 16 Januar 2023. Abgerufen am 11 August 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209/>
23. Piper ME. Withdrawal: Expanding a key addiction construct. *Nicotine Tob Res.* 2015;17(12):1405–15. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv048>
24. European Commission. *Europe's Beating Cancer Plan*. European Commission; 2021. Abgerufen am 11 August 2023. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu\\_cancer\\_plan\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer_plan_en_0.pdf)
25. Graen L, Schaller K. *Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040*. Deutsches Krebsforschungszentrum; 2021. Abgerufen am 11 August 2023. [https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/Buecher\\_und\\_Berichte/2021\\_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040.pdf](https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/Buecher_und_Berichte/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040.pdf)
26. Fu SS, Partin MR, Snyder A, et al. Promoting repeat tobacco dependence treatment: Are relapsed smokers interested? *Am J Manag C.* 2006;12(4):235–43. Abgerufen am 12 September 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16610925/>
27. Bauld L, Hiscock R, Dobbie F, et al. English stop-smoking services: One-year outcomes. *Int J Env Res Pub He.* 2016;13(12):1175. <https://doi.org/10.3390/ijerph13121175>
28. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, et al. *S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. Version 3.1*. Abgerufen am 11 August 2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-006>
29. Kastaun S, Leve V, Hildebrandt J, et al. Training general practitioners in the ABC versus 5As method of delivering stop-smoking advice: A pragmatic, two-arm cluster randomised controlled trial. *ERJ Open Res.* 2021;7:00621-2020. <https://doi.org/10.1183/23120541.00621-2020>
30. McRobbie H, Bullen C, Glover M, et al. New Zealand smoking cessation guidelines. *NZ Med J.* 2008;121(1276):57-70. Abgerufen am 30 August 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18574510/>