

## Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen

An Hand der Auswertung von 2.638 Reha-Entlassungsberichten im Zeitraum vom 01.10.2003 bis zum 31.03.2005 kann Folgendes festgestellt werden:

1. Auf der Grundlage der ausgewerteten Reha-Entlassungsberichte bestehen zwischen Alkoholabhängigen aus den Suchtberatungsstellen mit Sozialbericht und den Alkoholabhängigen aus den psychiatrischen Akutkrankenhäusern ohne Sozialbericht keine Unterschiede bezüglich der untersuchten Kriterien.
2. Von den multimorbiden Alkoholabhängigen, die nach § 125 SGB III von der Agentur für Arbeit aufgefordert wurden, eine Entwöhnungsbehandlung zu beantragen, treten auch ohne Sozialbericht aus einer Suchtberatungsstelle 60 % die bewilligte Leistung an. Davon werden 69 % als arbeitsfähig entlassen und 82 % werden für 6 und mehr Stunden leistungsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingestuft.
3. Bei allen drei Vergleichsgruppen gab es kaum Unterschiede bezüglich der Entlassungsform.
4. Die Suchtberatungsstellen sind und bleiben auch nach den Verfahrensänderungen sehr wichtig für eine frühzeitige

zielgerichtete Vorbereitung von Suchtkranken auf eine Entwöhnungsbehandlung und für die Nachsorge.

5. Die neuen Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung sind nicht nur möglich, sondern auch erfolgreich. Deshalb müssen diese Wege im Interesse der Suchtkranken, der Kosten- und Leistungsträger und eines jeden Steuerzahlers weiter entwickelt werden. Notwendige Handlungsfelder dafür sind:
  - Antragstellung in den ARGEn und optierenden Kommunen,
  - Antragstellung im Krankenhaus,
  - Antragstellung beim Hausarzt
6. Mit weniger Bürokratie und mehr Effizienz können Suchtkranke frühzeitiger ohne Suchtmittel und ohne Sozialleistungen leben.

Nicht nur die Deutsche Rentenversicherung gibt neue Antworten, auch unsere Gesellschaft befindet sich in einem Prozess dynamischer Veränderungen. Deshalb wird sich auch das Suchtkrankenhilfesystem verändern müssen. Dabei ist es wichtig, dass wir – heute – die Veränderungen gestalten und nicht die Veränderungen uns gestalten.

Ein chinesisches Sprichwort sagt dazu:

Wenn der Wind des Wandels weht, bauen die einen Schutzmauern, die anderen bauen Windmühlen.

### Die Autoren:

*Dr. Marcela Weber*  
 Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland  
 Sozialmedizinische Begutachtung, Rehabegutachtung – Ärztin  
 Georg-Schumann-Str. 146,  
 04159 Leipzig  
 Tel.: 0341 550-7650, Fax: 0341 550-97650  
 E-Mail: marcela.weber@drv-md.de

*Dr. Michael Hegner*  
 Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland  
 IT-Koordination/ADV-Verbindungsstelle  
 Versicherung, Reha und Rente Ausland – Rehabilitation/SMD  
 Georg-Schumann-Str. 146,  
 04159 Leipzig  
 Tel.: 0341 550-1024, Fax: 0341 550-91024  
 E-Mail: michael.hegner@drv-md.de

*Roland Retzlaff*  
 Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland  
 Reha-Steuerung/stationäre und ambulante med. Einrichtungen (Sucht und Kinderheilverfahren)  
 Georg-Schumann-Str. 146,  
 04159 Leipzig  
 Tel.: 0341 550-8311, Fax: 0341 550-5913  
 E-Mail: roland.retzlaff@drv-md.de

# Veränderung des Rauchverhaltens unter aktueller Tabakpolitik in deutschen Suchtrehabilitationskliniken – Projekt WIRK-II

*Carolin Donath, Karin Metz, Stephanie Flöter, Christoph Kröger, Sabine Gradl, Daniela Piontek*  
 IFT Institut für Therapieforschung, München

## Einleitung

Tabakkonsum ist die bedeutendste vermeidbare Todesursache weltweit. In Deutschland sterben jährlich 110.000 bis 140.000 Menschen an aktivem und 3.300 Menschen an passivem Tabakkonsum (John & Hanke, 2001; DKFZ, 2005). Alkoholabhängige sind in besonderem Maße betroffen, da die große Mehrheit von ihnen Tabak konsumiert (75 – 90 % Rauchprävalenz international; Hughes, 1995). Alkoholabhängige Raucher haben eine längere Rauchgeschichte, rauchen mehr Zigaretten pro Tag und sind stärker tabakabhängig als Raucher in der Allgemeinbevölkerung (Burling et al, 1997; Donath et al., in Vorbereitung). Die negativen gesundheitlichen Auswirkungen des gleichzeitigen Tabak- und Alkoholkonsums sind nicht nur

additiver, sondern multiplikativer Natur insbesondere bei Krebserkrankungen der oberen Atemwege (Castellsagué et al., 1999; Rosengren et al., 1988; Hinds et al., 1979). Dies hat immense gesundheitliche Konsequenzen, die mit frühzeitiger Morbidität und Mortalität von rauchenden Alkoholabhängigen einhergehen. Daher gibt es seit einigen Jahren verstärkte Bemühungen zur Veränderung des Rauchverhaltens von Alkoholabhängigen im Bereich der stationären Suchtrehabilitation, da dieses Setting als günstiges Zeitfenster für eine Intervention für eine weitere Abhängigkeitserkrankung angesehen wird. Einzelne Suchtrehabilitationskliniken haben begonnen, klinikintern den Tabakkonsum, bestehende Interventionstechniken und erste Erfahrungen mit der Behandlung von Rauchern zu beschreiben und zu diskutieren

(Kleinert, 2003; Zemlin et al., 1996; Zimdars et al., 2002; Rottschäfer et al., 2001; Schneider et al., 2004). In Deutschland hat das Projekt „WIRK“ (Wirksamkeit intensiver Raucherentwöhnung in Kliniken) diese Entwicklung weiter gefördert und eine kognitiv-verhaltenstherapeutische und eine motivierende Intervention für Raucher, die speziell für dieses Setting entwickelt wurden, in 19 Suchtrehabilitationskliniken implementiert und evaluiert. Die Ergebnisse zeigen eine Langzeitabstinenzquote (12 Monate) von knapp 10 % unabhängig von der Art der Intervention (Metz, Kröger und Orth, 2005). Die Ergebnisse liegen innerhalb der Erwartungen: in verschiedenen Tabakentwöhnungsstudien bei Alkoholabhängigen werden Langzeitabstinenzquoten zwischen 0 und 12 % berichtet (Sussmann, 2002; Metz, Kröger &

Bühringer, 2005), sind aber dennoch nicht befriedigend. Eine Analyse der Abstinenzquoten zwischen den 19 Kliniken des WIRK-Projektes zeigte eine hohe Varianz. Deutlich wurde, dass in Kliniken mit mehr Unterstützung der Klinikleitung und des therapeutischen Personals sowie einem nichtrauchenden, vom Sinn der Tabakentwöhnung überzeugten Therapeuten, die Teilnahmequoten an Tabakentwöhnungsprogrammen höher lagen. Daraus wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass die Tabakpolitik einer Klinik, die Haltung der Leitung und des Personals zum Rauchen und zur Tabakentwöhnung eine entscheidende Rolle zum Erreichen größerer Erfolge bei der Behandlung der Tabakabhängigkeit von Alkoholabhängigen spielen könnte. Hinweise dazu gibt es bereits aus dem nichtklinischen (Serra, Cabezas, Bonfill & Pladevall-Villa, 2000; Aveyard, Markham & Cheng, 2004; Fichtenberg & Glantz, 2002) wie auch schon vereinzelt aus dem klinischen Bereich (Donath, Metz & Kröger, 2005). So hat sich gezeigt, dass Rauchverbote am Arbeitsplatz, in Schulen und im öffentlichen Bereich wie z.B. in Behörden, in Restaurants, in Verkehrsmitteln, zu einer Prävalenzsenkung sowie zu einer Reduktion des Tabakkonsums bei Rauchern führen. Restriktive Tabakpolitik im Krankenhaus kann nach ersten Hinweisen ebenso mit einer Steigerung der Aufhörtmotivation und Prävalenzsenkung sowie Konsumreduktion einhergehen. Hierzu bedarf es jedoch weiterer methodisch hochwertiger Forschung.

Daher wurde das „WIRK-II“-Projekt im Oktober 2004 mit dem Ziel gestartet, in einer Multi-Center-Studie zu untersuchen, ob eine restriktivere Tabakpolitik einen Einfluss auf das Rauchverhalten der Patienten in Richtung Steigerung der Abstinenz- bzw. Reduktionsquote hat. Im Rahmen dieses Projektes wurde ein Konzept der Tabakpolitik, basierend auf evidenzbasierten Elementen, die in internationalen Leitlinien zur Tabakkontrolle empfohlen werden, entwickelt. Das postulierte Konzept der Tabakpolitik besteht aus sieben im Folgenden beschriebenen Bereichen (Abbildung 1) und beinhaltet eine Mischung aus personenzentrierten und strukturellen Maßnahmen. Es wurde ein Screening-Instrument erarbeitet, welches es ermöglicht, diese insgesamt sieben Tabakpolitikbereiche ökonomisch unter Einbezug ihrer Kommunikation zu erfassen.

**Regelungen zum Rauchen:** Der Bereich Regelwerk umfasst die Gesamtheit der in der Klinik bestehenden Regelungen zum Rauchen sowohl für Mitarbeiter als auch für Patienten und Besucher. Er enthält detaillierte Informationen darüber, ob und wenn ja, wo es einer bestimmten Personengruppe erlaubt ist zu rauchen.

**Durchsetzen der Regeln/Konsequenzen:** Dieser Bereich umfasst Abmachungen, inwieweit die Einhaltung der Regeln kontrolliert und Regelverstöße dokumentiert werden und letztlich welche Sanktionen auf das Verstoßen gegen bestehende Regelungen folgen.

**Erfassen von Rauchern im System Klinik:** Unter diesen Bereich fällt zunächst die routinemäßige Erfassung des Rauchstatus aller Patienten und dessen Dokumentation, außerdem der klinikinterne Umgang mit Patienten mit der Diagnose Tabakabhängigkeit, die Art der Diagnostik, die Kodierung nach Klassifikationskriterien und der Umgang mit Erfolg von Tabakentwöhnung als Wertschätzung und Relevanz für den Entlassungsbericht.

**Tabakentwöhnungsangebote für Raucher:** Dieser Bereich umfasst alle Angebote, die rauchenden Patienten und Mitarbeitern angeboten werden, um ihnen den Ausstieg bzw. die Reduktion ihres Konsums zu ermöglichen. Dazu zählen Informationsmaterialien, Selbsthilfeprogramme, Einzelberatungen und Gruppenprogramme, ebenso alternative Angebote wie Akupunktur und Hypnose sowie die Verfügbarkeit von Nikotinersatzmitteln.

**Kompetenz im Umgang mit Rauchern:** Dieser Bereich umfasst Schulungen zum Wissen über das Rauchen und die damit verbundenen Gefahren und die Kompetenz der Mitarbeiter der Klinik im Umgang mit Rauchern. Dies betrifft sowohl Kompetenzen in der Tabakentwöhnung als auch Kompetenz in der Kommunikation und Durchsetzung der Regelungen zum Nichtraucherschutz sowie die Ressourcen, die die Klinik dafür zur Verfügung stellt.

**Nichtraucherschutz:** Dieser Bereich beinhaltet die Aktivitäten und Haltung einer Klinik zur Förderung des Nichtrauchens und zum Schutz vor Passivrauch. Dazu gehören ersichtliche Informationen zum Nichtraucherschutz, effektive Abgrenzung von Raucherbereichen und Discouragement des Tabakkonsums.

**Engagement der Klinik und der Mitarbeiter:** In diesem Bereich ist das Engagement der Klinik auf Gemeindeebene sowie die Darstellung zum Thema Rauchen nach außen und das Engagement mittels niederschwelliger Informationsangebote enthalten. Des Weiteren umfasst dieser Bereich das Engagement der Mitarbeiter der Klinik in Bezug auf eine Arbeitsgruppe/Gesundheitszirkel, der sich mit dem Thema Rauchen und Tabakpolitik befasst. Außerdem gehören zum Engagement regelmäßige Mitarbeiterbefragungen zum Thema Rauchen und Effektivitätsüberprüfungen von Regelungen und Tabakentwöhnungsangeboten. Dieser Bereich spiegelt damit das Engagement des Unternehmens einschließlich seiner Mitarbeiter über die eigenen Zuständigkeiten hinaus wider.

**Kommunikation** von Tabakpolitik innerhalb der Klinikmitarbeiter stellt einen übergreifenden Aspekt von Klinikpolitik dar. Zwar können einzelne Mitarbeiter sich für die Optimierung für Maßnahmen für Raucher einsetzen. Von entscheidender Bedeutung jedoch ist es, dass erarbeitete und bestehende Konzepte auch kommuniziert werden, da nur so eine Dissemination und

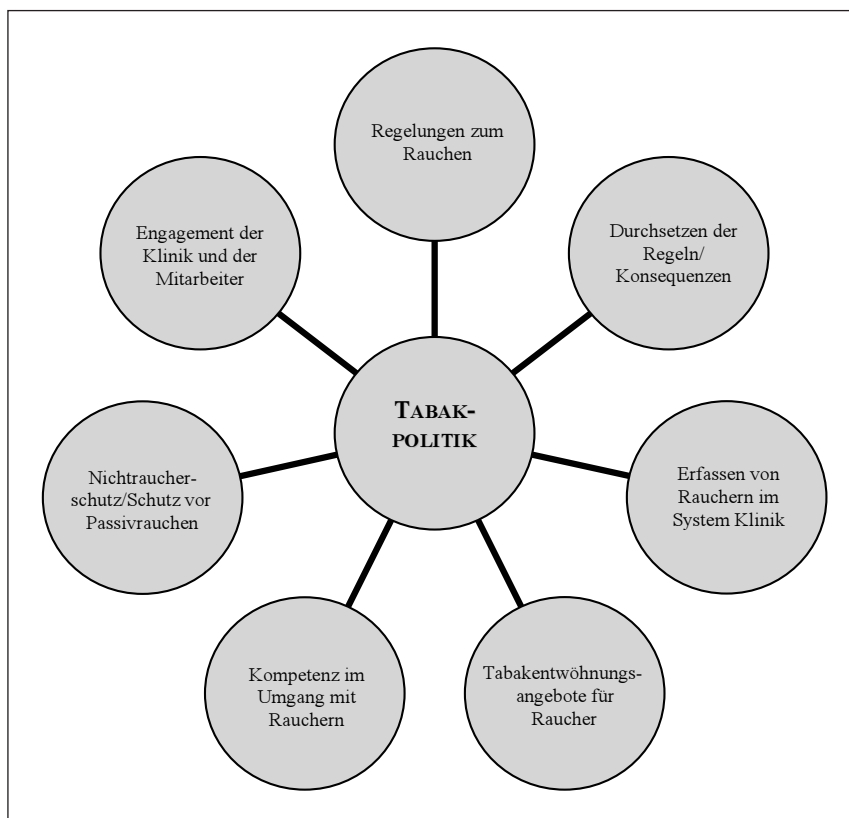


Abbildung 1: Darstellung der verschiedenen Bereiche der Tabakpolitik

eine umfassende Implementierung geschehen kann. Deswegen gehen die Autoren davon aus, dass die Erfassung von Kommunikation der Tabakpolitik ein wichtiger Bestandteil von Untersuchungen zur Tabakpolitik ist.

Bisher gibt es noch keine Aussagen zum Status der bestehenden Tabakpolitik in Suchtrehabilitationskliniken in Deutschland. Um die Relevanz von Tabakpolitik auf das Rauchverhalten von Patienten analysieren und gegebenenfalls eine Optimierung der Behandlung von alkoholabhängigen Rauchern durch eine Verbesserung der Tabakpolitik erreichen zu können, muss zunächst die bestehende Politik erfasst und deren bisherige Erfolge im stationären Suchtrehabilitationsbereich identifiziert werden. Dies wird mit der vorliegenden Multi-Center-Studie erstmals getan.

In diesem Artikel wird (1) der Status quo der Tabakpolitik und ihrer Kommunikation in deutschen Suchtrehabilitationskliniken beschrieben und (2) die Veränderung des Rauchverhaltens und der Aufhörtmotivation der Patienten unter jetziger Tabakpolitik dargestellt.

## Methodik

### Design

Die hier vorgestellten Ergebnisse sind Teilergebnisse aus der zweiarmligen randomisierten kontrollierten Studie „WIRK-II“ (siehe Abbildung 2). Es handelt sich dabei um die Ergebnisse der Statuserhebung vor Implementation der Intervention, die durch die Markierung in Abbildung 2 erkenntlich ist.

Es wurden 40 stationäre Suchtrehabilitationskliniken (20 Kliniken der Kontrollgruppe (KG); 20 Kliniken der Versuchsgruppe (VG)) in Deutschland mit der Einschlussbe-

dingung, Patienten mit der Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ nach ICD-10 zu behandeln, rekrutiert. In der Statuserhebung war nach poweranalytischen Überlegungen vorgesehen, pro Klinik fünf Mitarbeiter einmalig zur Tabakpolitik (Gesamt N = 200) und mindestens 998 Patienten bei Aufenthaltsbeginn und -ende zum Rauchverhalten und ihren Einstellungen zum Rauchen zu befragen. Die Befragung fand von Juni 2005 bis März 2006 statt.

### Rekrutierung

Die Dachverbände (BUSS, Fachverband Sucht e.V.) und Vertreter der Beleger (BfA, LVA) wurden angeschrieben und über das Projekt informiert. Daraufhin informierten die Dachverbände ihre Kliniken über das Projekt in den eigenen Newslettern und verwiesen auf die Kontaktmöglichkeiten. Drei Viertel der geplanten Stichprobe, hauptsächlich kleinere Kliniken, wurde auf diesem Weg rekrutiert. Um die geplante Stichprobengröße erreichen zu können, wurden weitere 31 Suchtrehabilitationskliniken mit mehr als 50 Betten postalisch über das Projekt informiert. Genutzt wurde das Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen (2001) und die Klinikverzeichnisse der Dachverbände Fachverband Sucht e.V. und BUSS. Daraufhin meldeten sich weitere 11 Kliniken freiwillig zur Teilnahme.

### Datenerhebung und Instrumente

Es wurde ein Ansprechpartner in jeder Klinik genannt, der die Befragung von Patienten und Mitarbeitern vor Ort koordinierte und klinikstatistische Daten zurückmelde-te. Dieser wurde hinsichtlich der Befragung telefonisch und mit Handlingblättern schriftlich instruiert. Alle Fragebögen für Mitarbeiter und Patienten waren anonymi-

siert. Das Votum der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie liegt für die Studie vor.

### Tabakpolitik und Kommunikation

Ein Instrument zur Erfassung der Tabakpolitik mit insgesamt sieben Bereichen wurde mit dem Ziel der effizienten und direkten Erfassung dieses Konstrukts entwickelt, da es bisher an einem geeigneten deutschsprachigen Instrument mangelt (Piontek, Kröger, Fleitmann, Rustler, Flöter, Donath et al., 2006). Dieses beschreibt Tabakpolitik über die bereits in der Einleitung definierten Bereiche Regeln, Konsequenzen, Erfassung von Rauchern, Tabakentwöhnungsangebote, Kompetenz des Personals, Nichtraucherchutz und Engagement. Die Bereiche wurden mittels Expertenrating und aufgrund internationaler Empfehlungen (z. B.: Hopkins, Husten, Fielding, Rosenquist & Westphal, 2001; U.S. Department of Health and Human Services 2000; Fiore, Bailey, Cohen, Dorfman, Goldstein, Gritz et al., 2000; Task Force on Community Preventive Services, 2001; Europäisches Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser, 2003) entwickelt. Die Einzelitems sind nominal skaliert mit den Kategorien „ja“, „nein“ und „weiß nicht“. Es wurde davon ausgegangen, dass die Items bei einer gut kommunizierten Tabakpolitik von einem jeden therapeutischen/medizinischen Mitarbeiter beantwortet werden können. In allen Bereichen ist ein maximaler Rohwert zu erreichen, der das Ideal einer restriktiven, qualitätsgesicherten, umfassenden und flexiblen Tabakpolitik darstellt. Um die Bereiche untereinander vergleichbar zu machen, wurden die Rohwerte auf eine Skala von 0 bis 100 transformiert. Dies ermöglichte die Profilbildung für jede Klinik. Die transformierten Werte der fünf Mitarbeiter wurden bereichsspezifisch gemittelt, so dass für jede Klinik ein Profil der

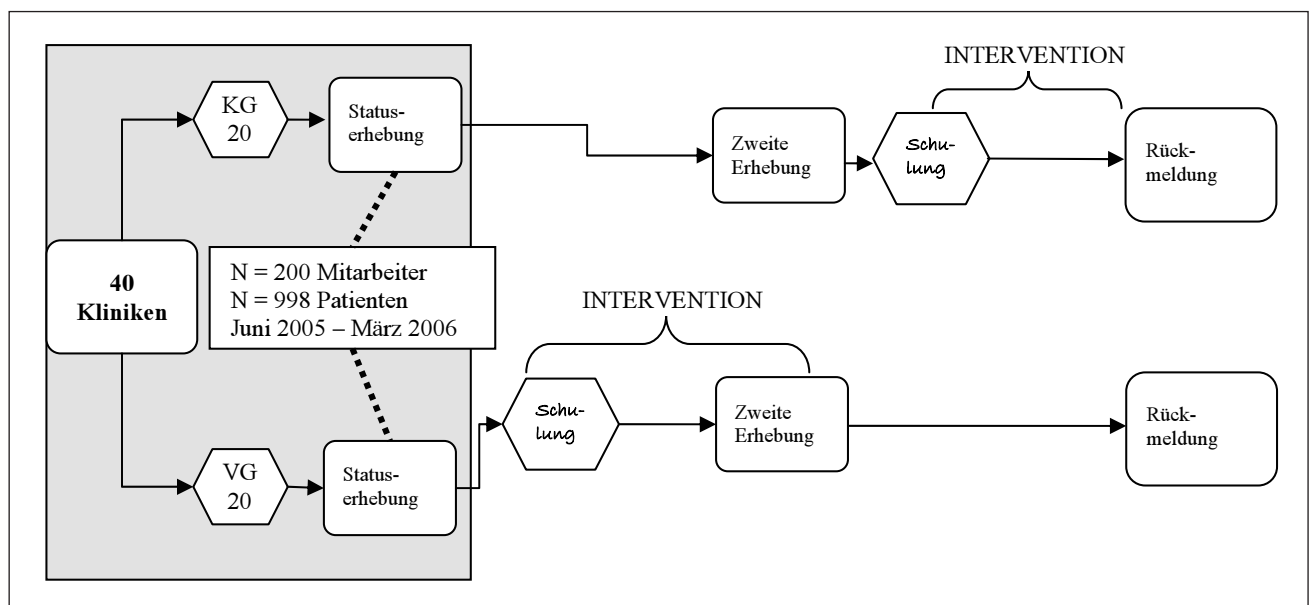


Abbildung 2: Design der Studie „WIRK-II“ und Teil der hier vorgestellten Statuserhebung

Tabakpolitik erkennbar wurde. Tabelle 1 veranschaulicht die 7 Bereiche der Tabakpolitik durch Zusammenfassung der erfassten Inhalte und Anzahl der in die Bewertung eingehenden Items.

Die Kommunikation der Tabakpolitik wurde über die Anzahl der „weiß nicht“ Antworten ermittelt. Insgesamt waren 55 „weiß nicht“ Antworten in dem in die Analyse einbezogenen Teil des Fragebogens möglich. Auch diese wurden für die 7 Bereiche der Tabakpolitik bereichsspezifisch ausgewertet und auf eine Skala von 0 bis 100 transformiert. Eine geringe Anzahl von „weiß nicht“ Antworten bedeutet eine gut kommunizierte Tabakpolitik, eine hohe Anzahl bedeutet ein bereichsspezifisches Kommunikationsdefizit. Gemittelt über die verschiedenen Mitarbeiter wird ein Kommunikationsprofil für jede Klinik ersichtlich.

bildet: 1. mehr als 75 % reduziert, 2. zwischen 75 % und 51 % reduziert, 3. zwischen 50 % und 26 % reduziert, 4. 25 % oder weniger reduziert, 5. gleicher Konsum, 6. mehr Tabak konsumiert.

Die Aufhörmotivation wurde mit einem zweistufigen Algorithmus angelehnt an DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez & Rossi (1991) nach dem Transtheoretischen Modell diagnostiziert. Es wurden nur Patienten die zu Beginn der Behandlung als Raucher klassifiziert worden waren nach ihrer Aufhörbereitschaft in folgende Stadien eingeordnet: Absichtslosigkeit (derzeit keine Absicht aufzuhören), Absichtbildung (Absicht in den nächsten sechs Monaten aufzuhören bzw. Absicht in den nächsten 4 Wochen aufzuhören, aber keinen Aufhörversuch innerhalb der letzten 12 Monate), Handlungsvorbereitung (Absicht in den nächsten 4 Wochen aufzu-

nimum = 0; Maximum = 67). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug 12,9 Wochen (SD = 4,1). Neben Alkoholabhängigkeit behandelten 97,5 % der teilnehmenden Kliniken zusätzlich Medikamentenabhängigkeit, 54 % Abhängigkeit von illegalen Drogen, 38 % pathologisches Spielen und 23 % psychosomatische Erkrankungen.

*Mitarbeiter*

In jeder Klinik wurden fünf Mitarbeiter (N: 5 x 40 = 200) zur bestehenden Tabakpolitik mittels Fragebogen befragt. Die geplante Stichprobe von N = 200 wurde zu 100% erreicht. Vorgabe war es, die Klinikleitung, einen Arzt, einen psychologischen/psychotherapeutischen Mitarbeiter, einen Vertreter des Pflegepersonals und einen weiteren therapeutischen Mitarbeiter zu befragen. Das mittlere Alter der N = 200 befragten Mitarbeiter betrug 45,0 Jahre, die Betriebszugehörigkeit durchschnittlich 9,0 Jahre. Etwas mehr als die Hälfte der Stichprobe war weiblich (56,5%). Der Rauchstatus (30-Tage-Prävalenz) gliederte sich in 49% Nichtraucher, 25,5% Ex-Raucher, 25,5% aktuelle Raucher. Der Menge-Frequenz-Index betrug im Mittel 11,0 Zigaretten/d (SD = 8,1). Das rauchende Personal konsumierte im Durchschnitt 3,7 Zigaretten pro Tag während der Arbeitszeit (SD = 3,6). Der Änderungsmotivationsstatus der rauchenden Mitarbeiter nach dem Transtheoretischen Modell (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) gliederte sich in etwa zwei Drittel im Stadium der Absichtslosigkeit (66,7%), 27,8% im Stadium der Absichtbildung, 3,7% im Stadium der Handlungsvorbereitung und 1,9% im Stadium der Handlung.

*Patienten*

In jeder Klinik sollten 40 Patienten unabhängig von ihrem Rauchstatus bei Aufnahme und Entlassung der Suchtrehabilitation befragt werden. Aus organisatorischen, wirtschaftlichen bzw. Belegungsgründen konnte diese geplante Stichprobe nicht in allen Kliniken erreicht werden. Es wurden insgesamt 1.403 Patienten aus 39 Kliniken bei Behandlungsbeginn und davon 940 Patienten aus 37 Kliniken auch bei Behandlungsende (Haltequote 67%) befragt. Das mittlere Alter der Patienten betrug 41,6 Jahre, 26% waren weiblich (Tabelle 2). Die Mehrzahl der Patienten (54%) hatte Hauptschul- oder keinen Schulabschluss. Mehr als die Hälfte war nicht beruflich beschäftigt (51%). Die Patienten waren bei Beginn der Behandlung im Durchschnitt seit 51 Tagen alkoholabstinenter, hatten im Mittel 2,28 stationäre Entzugsbehandlungen erhalten und gaben retrospektiv einen täglichen Alkoholkonsum von durchschnittlich 143,35 g (Menge-Frequenz-Index) an. 24% der Patienten hatten einen Beikonsum von Medikamenten, 14% von Cannabis. Insgesamt 84% waren zu Beginn der Behandlung Raucher (30-Tage-Prävalenz). Die untersuchte Stichprobe wies mit einem Fa-

Bereich	Inhalt	Maximaler Rohwert
Regelwerk	Regeln, Rauchverbote, Lage der Raucherzonen, Beschilderung, Einhaltung der Regeln	9
Konsequenzen	Kontrolle der Regeln, Sanktionen, Abgestuftheit, Dokumentation von Verstößen	8
Diagnostik/Erfassung von Rauchern	Erfassung Rauchstatus, Diagnostik, Kodierung von Tabakabhängigkeit bei Aufnahme und Entlassung	7
Tabakentwöhnung	Tabakentwöhnung für Mitarbeiter, für Patienten, Pflichtmaßnahmen, Nikotinersatz	12
Kompetenz des Personals	Schulung der Mitarbeiter zum Thema Rauchen, Tabakentwöhnung, klinikinterne Schulungen, Ressourcen	5
Nichtraucherschutz	Nichtraucherfreundliche Atmosphäre, Schutz vor Passivrauchen, Anreize zum Nichtrauchen	9
Engagement/Kooperation der Klinik	Vernetzung, Außendarstellung, Existenz Arbeitsgruppe, Evaluation, Kommunikation	12

Tabelle 1: Bereiche der im Fragebogen erfassten Tabakpolitik

*Outcomevariablen: Rauchstatus, Reduktion und Aufhörmotivation*

Zu Beginn des Klinikaufenthalts wurde die 30-Tage-Prävalenz zur Bestimmung des Rauchstatus herangezogen, am Ende des Klinikaufenthaltes die 7-Tage-Prävalenz. Die Konsummenge wurde mittels eines bereinigten Maßes, dem Menge-Frequenz-Index, erfasst, welcher die Rauchmenge zur Anzahl der Konsumtage im letzten Monat in Beziehung setzt (Augustin, Metz, Heppekausen & Orth, 2005). Die Aussagen beruhen auf Selbstbeurteilungen. Als tabakabstinent am Ende des Rehabilitationsaufenthaltes galt ein Patient, wenn er zu Beginn der Behandlung als Raucher klassifiziert worden war und in den letzten 7 Tagen vor der Post-Befragung keinen Tabak konsumiert hatte.

Die Reduktion als Outcomekriterium wurde prozentual berechnet. Ausgehend von der Konsummenge bei Beginn des Aufenthaltes wurden insgesamt sechs Gruppen ge-

hören und mindestens ein Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten), Handlung (vor weniger als 6 Monaten aufgehört).

Alle Fragen zum Rauchstatus, zur Konsummenge und zur Aufhörmotivation wurden in gleicher Weise bei Beginn und bei Ende der Rehabilitationsbehandlung gestellt.

**Stichprobe**

*Kliniken*

Es konnten die geplanten 40 Kliniken rekrutiert werden. Diese wurden zu klinikstatistischen Daten befragt. Die mittlere Bettenzahl der Kliniken lag bei 112 Betten (SD = 65; Minimum = 30; Maximum = 264), die mittlere Mitarbeiteranzahl bei 62 (SD = 35; Minimum = 14; Maximum = 141). Der Belegungsanteil der Landesversicherungsanstalten (LVA) lag im Mittel bei 62,1% (SD = 23,3; Minimum = 15; Maximum = 100), der Anteil der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) bei 22,7% (SD = 20,3; Mi-

Patientenmerkmal	Kennwert		
Alter	M = 41,6 (16 – 76) Jahre		
Geschlecht (%)	Frauen: 26,3	Männer: 73,0	(Fehlend: 0,7%)
Schulabschluss (%): Kein Schulabschluss Hauptschulabschluss Mittlere Reife (Fach-)Hochschulreife	11,3 42,8 30,0 14,6		(Fehlend: 1,3%)
Erwerbstätigkeit (%): Vollzeit Teilzeit Nicht erwerbstätig Sonstiges	29,0 6,5 51,3 9,4		(Fehlend: 3,7%)
Familienstand (%): Ledig Verheiratet Verheiratet, getrennt lebend Geschieden Eingetragene Lebenspartnerschaft Verwitwet	37,3 31,1 6,4 21,4 1,2 2,2		(Fehlend: 0,4%)
Behandlungsdiagnose (Selbsteinschätzung) in %: Alkoholabhängigkeit Medikamentenabhängigkeit Drogenabhängigkeit Pathologisches Spielen Psychosomatische Erkrankungen Andere Erkrankungen	96,0 5,5 8,0 1,0 8,0 3,5		
Dauer der Alkoholabstinenz	M = 51,35 Tage SD = 71,78		
Anzahl Entzugsbehandlungen	M = 2,28 SD = 4,43		
Beikonsum (%): Medikamente Opiate, Heroin, Kokain Haschisch, Marihuana Ecstasy, LSD Amphetamine, Aufputschmittel Sonstige Drogen	24,3 5,3 13,6 4,8 4,8 2,6		
Konsummenge Alkohol (Menge-Frequenz-Index)	M = 143,35 g/die SD = 163,97		
Raucher bei Behandlungsbeginn (%)	84		
Konsummenge Tabak (Menge-Frequenz-Index)	M = 23,5 Z./d. SD = 10,8		
Tabakabhängigkeit (Fagerströmwert)	M = 5,0 SD = 2,27		
Alter bei Rauchbeginn	M = 15,7 Jahre SD = 3,96		
Aufenthaltsdauer in der Klinik bei Befragungsende	M = 12,73 Wochen SD = 4,62		

M = arithmetischer Mittelwert; SD = Standardabweichung; ( ) = Minimum – Maximum;

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Patienten

gerströmwert von 5,03 eine starke Tabakabhängigkeit auf. Die Konsummenge (Menge-Frequenz-Index) lag bei durchschnittlich 23,5 Zigaretten pro Tag.

## Ergebnisse

### Tabakpolitik und Kommunikation

In Abbildung 3 ist der Status der Tabakkontrollpolitik in der Stichprobe der 40 Suchtre-

habilitationskliniken dargestellt. Abgebildet sind Punktwerte in den einzelnen Bereichen, wobei 100 Punkte das Ideal einer restriktiven Tabakpolitik für den jeweiligen Bereich widerspiegeln würde.

Die Bereiche Existenz von Regeln (Punktwert: 57,3), dazugehörige Konsequenzen bei Regelverstößen (Punktwert: 63,7) und systemintegrierte Erfassung von Rauchern mit weiterführender Diagnostik (Punkt-

wert: 56,9) gehören zu den am stärksten ausgeprägten Tabakpolitikbereichen in den untersuchten Suchtrehabilitationskliniken (Abbildung 3). Der Bereich Nichtrauchererschutz liegt mit einer Ausprägung von 44,3 Punkten unter der Hälfte der möglichen Punktzahl. Der Bereich Tabakentwöhnung (psychologischer und pharmakologischer Art; für verschiedene Personengruppen) liegt mit 41,6 Punkten im mittleren Punktebereich. Die Schulung des Personals zum Thema Rauchen, zum Thema Tabakentwöhnung, auch Klinikintern und inklusive der dafür notwendigen Ressourcen ist mit etwa einem Drittel (Punktwert: 34,5) der möglichen Punktzahl geringer ausgeprägt. Klinikinternes und -übergreifendes Engagement, Vernetzung mit anderen Kliniken in Bezug auf Tabakkontrollpolitik und Entwicklungsaktivitäten bilden den am wenigsten entwickelten Bereich des „Engagements“ mit knapp einem Viertel (Punktwert: 24,1) der möglichen Punktzahl.

In Abbildung 4 sind die bereichsspezifische Analyse der Kommunikation über die transformierte Anzahl der „weiß nicht“ Antworten und damit die Kommunikationsdefizite der einzelnen Bereiche dargestellt. Je höher die Werte im Diagramm pro Bereich ausgeprägt sind, desto unklarer ist die Kommunikation der Tabakpolitik in diesem Bereich.

Die durchschnittliche Anzahl der absoluten „weiß nicht“ Antworten liegt bei M = 10 pro Mitarbeiter (Minimum = 0, Maximum = 45 „weiß nicht“ Antworten). Nach Transformation der Antworten auf eine Skala von 0 bis 100 zeigt sich, dass große Kommunikationsdefizite in den am wenigsten entwickelten Bereichen des Engagements (40,8) und der Mitarbeiterschulung (24,3) liegen. Der in Relation zu anderen Bereichen relativ gut implementierte Bereich der Erfassung von Rauchern weist das zweithöchste Kommunikationsdefizit (24,3) auf. Klarheit in der Kommunikation herrscht in den bereits stärker entwickelten strukturellen Bereichen der Regeln und Konsequenzen sowie im Bereich des Nichtraucherstatus.

### Veränderung des Rauchverhaltens der Patienten

#### Rauchstatus

Von insgesamt 774 zu Beginn des Klinikaufenthalts rauchenden Patienten mit vollständigen Datensätzen (Erfassung bei Aufnahme und Entlassung) wurden n = 39 Patienten zu Nichtraucherern (Abstinenzquote: 5,0 %). Die erreichten Abstinenzquoten schwankten zwischen den Kliniken zwischen 0 % und 23 %. Führt man die in der Wissenschaft übliche ITT (Intent-to-Treat) Analyse durch, bei der alle bei der zweiten Erhebung nicht mehr erreichten Patienten (Dropouts) als Raucher gewertet werden, so ergibt sich eine durchschnittliche Abstinenzquote von 3,3 % (N = 1178 Raucher zu Beginn der Behandlung; davon

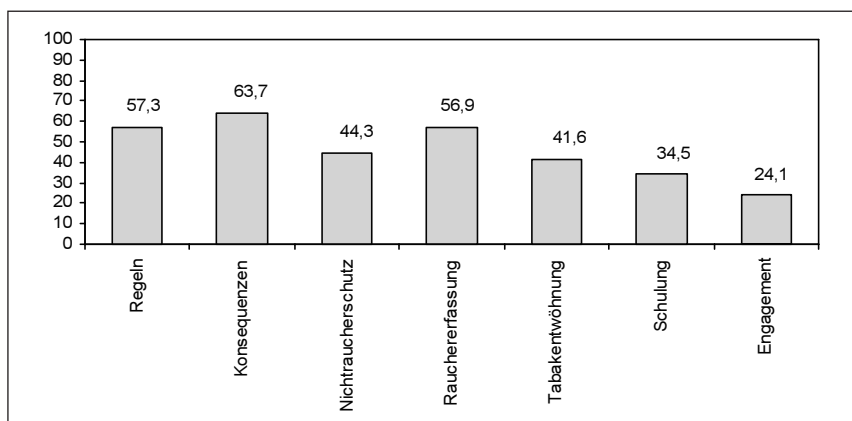


Abbildung 3: Tabakpolitik in deutschen Suchtrehabilitationskliniken

n = 39 Nichtraucher am Ende der Suchtrehabilitation). Von den n = 225 Patienten, die zu Beginn der Behandlung als aktuell nicht rauchend klassifiziert worden waren, haben insgesamt n = 19 während des Klinikaufenthalts mit dem Rauchen begonnen.

**Konsumreduktion**

Fast die Hälfte der Patienten (48 %) hat ihren Tabakkonsum während des Klinikaufenthalts reduziert, ein Fünftel der Patienten konsumiert mehr Tabak als bei Beginn des Klinikaufenthalts. Das Ausmaß der Reduktion variiert: etwa 10 % aller Patienten rauchen mehr als die Hälfte weniger, während der Hauptanteil der Reduzierten den Konsum um weniger als 50 % reduziert. Etwa ein Drittel der untersuchten Raucher hält seinen Tabakkonsum in der Menge stabil (Tabelle 3).

**Aufhörmotivation**

Zu Beginn der Behandlung ist die Mehrheit der Raucher (ca. 60 %) im Stadium der Absichtslosigkeit und hat demnach nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören. Ein knappes Drittel befindet sich in der Absichtsbildung und weniger als 10 % in den postintentionalen Stadien der Handlungsvorbereitung und Handlung, die den Entschluss, das Rauchverhalten verändern zu

wollen voraussetzen. Am Ende der Behandlung gibt es deskriptiv kaum Veränderungen hinsichtlich der Stadien. Die Absichtslosigkeit ist auf nahezu zwei Drittel der Stichprobe angestiegen, es befinden sich jedoch weniger Patienten in der Absichtsbildung. Der Anteil des postintentionalen Stadiums der Handlung ist ebenfalls gestiegen (Abbildungen 5). Die Unterschiede in der Aufhörmotivation wurden mit einem nichtparametrischen Verfahren für abhängige Stichproben, dem Vorzeichenstest, auf statistische Signifikanz geprüft:  $Z(763) = -.383$ ;  $p = .701$ . Das heißt, es gibt keine signifikante Veränderung des Stadiums der Veränderungsbereitschaft.

Reduktionsmenge	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
> 75% reduziert	35	4,5	4,5
51 % – 75 % reduziert	46	5,9	10,5
26 % – 50 % reduziert	142	18,3	28,8
1 % – 25 % reduziert	149	19,3	48,1
konstanter Konsum	235	30,4	78,4
Konsumsteigerung	167	21,6	100,0
Gesamt	774	100,0	

Tabelle 3: Reduktion des Tabakkonsums bei Behandlungsende

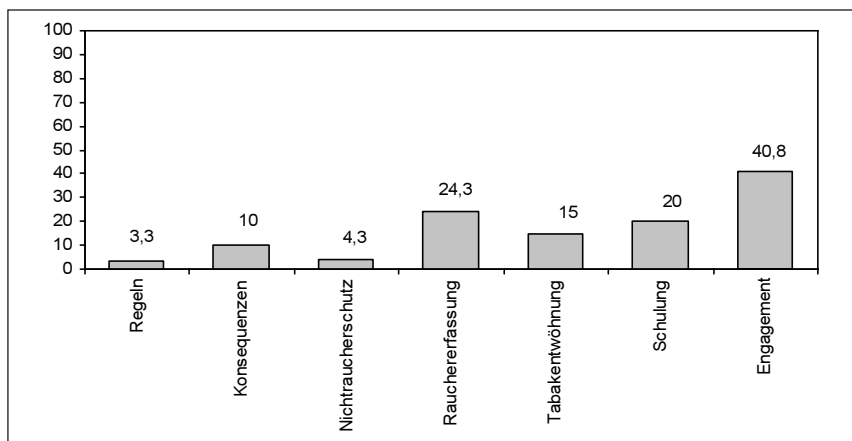


Abbildung 4: Kommunikationsprofil der befragten Suchtrehabilitationskliniken

**Diskussion**

Mit diesem Artikel wird erstmals anhand einer Multi-Center-Studie der Status quo der Tabakpolitik in deutschen Suchtrehabilitationskliniken beschrieben sowie die Veränderung des Rauchverhaltens und der Veränderungsmotivation durch die bisher umgesetzte Tabakpolitik der Kliniken dargestellt. Aus insgesamt 40 Kliniken nahmen 200 Mitarbeiter und 1403 Patienten an der Studie teil. Von letzteren konnten 940 zu Beginn und am Ende des Klinikaufenthaltes befragt werden. Es handelt sich damit um die größte Studie im deutschsprachigen Raum zum Thema Tabakpolitik an Suchtrehabilitationskliniken.

Mittels eines neu entwickelten Fragebogens zur quantitativen Beschreibung der Tabakpolitik in Suchtrehabilitationskliniken lässt sich über alle Kliniken hinweg ein Profil bilden, das anhand von sieben Bereichen die derzeitige Tabakpolitik in der Klinikstichprobe abbildet. Festzustellen ist, dass alle Kliniken den Weg zu einer nicht-raucherfreundlichen Klinik beschritten haben, dass aber durchschnittlich in allen Tabakpolitikbereichen Entwicklungspotential und -bedarf besteht. Nur drei Bereiche (Regeln, Konsequenzen und Rauchererfassung) erreichen mehr als die Hälfte der möglichen Punktzahl. Auch scheint die Kommunikation einer stringenter Tabakpolitik bisher nur in Ansätzen vollzogen zu sein. Dieser erste Schritt der Erfassung und

Darstellung der Tabakpolitik und ihrer Kommunikation gibt den einzelnen Kliniken Hinweise darauf, welche Bereiche einer Optimierung bedürfen und bietet damit klare Handlungsanweisungen. Weitere Analysen weisen darauf hin, dass sich die Kliniken den vier Clustern (1) engagierte, (2) regelorientierte, (3) zurückhaltende und (4) nicht-raucherfreundliche Kliniken zuweisen lassen (Donath, Metz, Kröger, Flöter, Gradl, Piontek & Reschke, im Druck). Demnach befinden sich die Kliniken in ganz unterschiedlichen Entwicklungsstadien mit unterschiedlichen Schwerpunkten und bedürfen differenzierter Unterstützung. Das Interesse der Kliniken an diesem Projekt und somit an der Thematik ist sehr hoch. Erfreulicherweise ist eine Klinik inzwischen Mitglied im Netzwerk Raucherfreier Krankenhäuser ([www.dnrffk.de](http://www.dnrffk.de)). Bar-

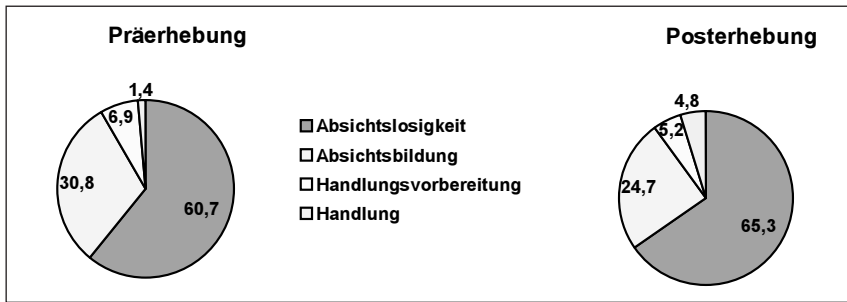


Abbildung 5: Aufhörtmotivation zu Beginn des Klinikaufenthalts und am Ende des Klinikaufenthalts

rieren, die mit dem Ziel einer nichtraucherfreundlichen oder möglicherweise rauchfreien Klinik kollidieren, sind sicher die Vielzahl an weiteren Aufgaben, die eine Klinik erfüllen muss, um in einem immer enger geschürften Gesundheitssystem wettbewerbsfähig zu bleiben. Die Verbesserung der Tabakpolitik ist verbunden mit einem kostspieligen und zeitaufwendigen Prozess, der finanzielle wie personelle Ressourcen erfordert.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten ist der Einsatz eines neu entwickelten Instruments zur Erfassung der Tabakpolitik. Dieses muss sich hinsichtlich Inhalts- und prädiktiver Validität noch bewähren.

Außerdem ist Ziel des Artikels die Darstellung der Veränderung des Rauchverhaltens und der Aufhörtmotivation gewesen. Ist die momentane Tabakpolitik in der Lage das Rauchverhalten ihrer Patienten zu verändern bzw. gelingt es, Aufhörtmotivation zu erzeugen, um einen späteren Aufhörtversuch wahrscheinlicher zu machen? Der momentanen Tabakpolitik gelingt es, eine Konsumreduktion bei etwa der Hälfte der rauchenden Patienten zu erreichen. An dieser Stelle kritisch zu erörtern ist die Wahl des Effektivitätskriteriums Zigarettenreduktion, welches sich in den Kontext von Harm-Reduction-Ansätzen einbetten lässt. Verleitet die Anerkennung einer Reduktion an Stelle einer Abstinenz den Raucher nicht dazu, den subjektiv einfacheren Weg der Reduktion zu wählen? Besitzt eine Reduktion des Konsums tatsächlich ein schadensreduzierendes Potenzial? Ist kontrolliertes Rauchen überhaupt langfristig aufrecht zu erhalten?

Tatsächlich konnte für eine Vielzahl von tabakassozierten Erkrankungen eine Dosis-Wirkung-Beziehung nachgewiesen werden (Doll, Peto, Wheatley, Gray & Sutherland, 1994): Die Autoren fanden in ihrer Untersuchung, die insgesamt 34.439 britische Ärzte einschloss, einen linearen Trend, dass mit dem Anstieg der Zigarettenmenge (pro Tag) ein Verlust an Lebensjahren einhergeht. Sowohl für kardiovaskuläre (Bollinger, 2000; Benowitz, Kozlowski & Yu, 1986) und pulmonale Parameter (Rennard, Daughton, Fujita, Oehlerking, Dobson, Stahl et al., 1990; Fagerström, 2001), als auch für die Entwicklung von Tumoren (Lubin, 1984) liegen Belege für den positiven Effekt einer Zigarettenreduktion vor.

Der Einwand, dass eine Reduktion aufgrund der dauerhaft notwendigen Anstrengung nicht aufrecht erhalten werden kann, spiegelte sich in empirischen Studien nicht wider. Dass eine Aufrechterhaltung des reduzierten Konsums langfristig möglich ist, und zwar mit ähnlichen Erfolgsraten wie beim Kriterium Abstinenz, konnte wiederholt gezeigt werden (Hughes, 2000; Bollinger et al., 2000; Riley, Jerome, Behar & Weil, 2002; Meyer, 2004).

Studien, welche Reduktionsversuche in der Allgemeinbevölkerung untersuchten, kamen zu dem eindeutigen Ergebnis, dass eine Reduktion die Wahrscheinlichkeit einer zukünftigen Abstinenz bedeutsam erhöht (Farkas, 1999; West, McEwen, Bolling & Owen, 2001; Hughes, Cummings & Hyland, 1999; Meyer, 2004). Eine Zigarettenreduktion kann zum Erlernen wichtiger „Copingstrategien“ und Kontrollmechanismen beitragen (Fagerström et al., 1997).

Eine Reduktion sollte als Zwischenschritt auf dem Weg zu einer Abstinenz gesehen werden. Insgesamt sollte jedoch eine Reduktion immer nur dann angestrebt werden, wenn eine Abstinenz zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich erscheint. Dies ist der Fall bei sehr schwer Tabakabhängigen, bei komorbid erkrankten Rauchern oder bei Rauchern, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zu einer Abstinenz zu motivieren sind (Batra, 2000). Mit dem (vorläufigen) Ziel einer Reduktion kann durch die Senkung der Zugangsschwelle eine größere Anzahl auch an geringer motivierten Rauchern erreicht werden. Zu betonen bleibt, dass eine Tabakabstinenz weiterhin primäres Ziel von Raucherentwöhnungsmaßnahmen bleiben sollte. Im vorliegenden Fall der komorbid abhängigen Patienten ist jedoch auch eine Reduktion als Erfolgskriterium sinnvoll und vertretbar.

Betrachtet man das Outcome-Kriterium Tabakabstinenz, so erscheint das Ergebnis einer kurzfristigen Tabakabstinenzquote von 5% als unbefriedigend, insbesondere wenn man betrachtet, dass n = 39 mit dem Rauchen aufhören, gleichzeitig aber n = 19 mit dem Tabakkonsum während des Klinikaufenthaltes beginnen. Ein Grund für die geringen Aufhörtquoten könnte die bisher zu gering implementierte Tabakpolitik sein. Tatsächlich zeigt sich auch in dieser Studie eine hohe Varianz von 0 bis 23%

Aufhörtquote zwischen den Kliniken. Inwiefern die Tabakpolitik die Aufhörtquoten beeinflusst, wird Ziel weiterer Analysen sein. Das Ergebnis, dass Patienten während ihres Suchtrehabilitationsaufenthaltes mit dem Rauchen beginnen, ist sicher grotesk. Welche persönlichen Umstände, aber auch welche klinikpolitischen strukturellen Gegebenheiten dies begünstigen bzw. nicht zu verhindern vermögen, gilt es ebenfalls weiter zu verfolgen. Eine Hypothese besteht darin, dass die bisherige eher raucherfreundliche Atmosphäre in Kliniken die soziale Außenseiterposition von nichtrauchenden Patienten begünstigt. Eine andere Hypothese wäre, dass es sich um Patienten handelt, die Rauchen als Kompensation bei Craving nach Alkohol oder anderen Drogen einsetzen.

An dieser Stelle nicht in Vergessenheit geraten sollte die besonders belastete und psychisch beeinträchtigte rauchende Klientel (Donath et al., in Vorbereitung), denen eine Tabakentwöhnung aufgrund vielfältiger psychologischer wie physiologischer Mechanismen, mit denen Alkohol- und Tabakkonsum miteinander verbunden sind, vermutlich sehr viel schwerer fällt als Rauchern der Allgemeinbevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass diese Personen mit einer Doppelabhängigkeit von Alkohol und Tabak wesentlich intensiverer Interventionen bedürfen, die aus Mangel an Ressourcen bisher in den Kliniken nur in sehr geringem Maße umgesetzt werden können.

Die Ergebnisse zeigen keine Verbesserung der Aufhörtmotivation. Daraus lässt sich schließen, dass die bisherigen Maßnahmen für Raucher nicht in der Lage sind, die Veränderungsmotivation zu erhöhen. Darin könnte ein wichtiger Ansatzpunkt für eine optimierte Tabakpolitik liegen.

Inwiefern unsere Ergebnisse auf alle Suchtrehabilitationskliniken generalisiert werden können, soll an dieser Stelle diskutiert werden. Einerseits ist davon auszugehen, dass die hier dargestellte Stichprobe der Kliniken (etwa ein Fünftel aller Suchtrehabilitationskliniken in Deutschland) selektiv ist, da die Teilnahme auf Freiwilligkeit beruhte. So haben 14 Kliniken, die bereits im ersten Teil des WIRK Projekts mitgewirkt haben, sich auch an dieser Folgestudie beteiligt. Damit kann davon ausgegangen werden, dass es sich bereits um besonders motivierte bzw. bezüglich ihrer Tabakpolitik bereits engagierte Kliniken handelt, die sich dieses Themas intensiver annehmen möchten. Dies würde bedeuten, dass die Realität der Tabakpolitik an deutschen Suchtkliniken durch diese Studie positiv verzerrt ist und in Wirklichkeit mehr Entwicklungspotential und -bedarf vorhanden ist, das es in Zukunft zu fördern gilt.

Im weiteren Verlauf dieser Studie wird sich zeigen, ob sich eine Verbesserung der Tabakpolitik auch empirisch nachweisbar auf das Rauchverhalten der Patienten und auf deren Aufhörtmotivation am Ende der Behandlung auswirkt.

**Förderhinweis**

Diese Publikation ist im Rahmen des Projekts F5 „Wirksamkeit intensiver Tabakentwöhnung in Kliniken – Teil 2“ des BMBF Suchtforschungsverbundes ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity) entstanden. Ansprechpartner: ASAT-Koordinationsstelle E-Mail: [asatkoordination@mpipsykl.mpg.de](mailto:asatkoordination@mpipsykl.mpg.de); [www.asat-verbund.de](http://www.asat-verbund.de). Der ASAT-Forschungsverbund wird im Zusammenhang des Programms „Forschungsverbünde für Suchtforschung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert (01 EB 0441).

**Danksagung**

Wir bedanken uns herzlich bei den teilnehmenden Kliniken für Ihr bisheriges und bestehendes Engagement, ihre Kooperation und die erfolgreiche Zusammenarbeit. Gedankt sei den Mitarbeitern, die an der Befragung teilnahmen und denen, die die Patientenbefragung vor Ort koordinierten sowie den teilnehmenden Patienten.

- Fachklinik Furth im Wald
- Klinik am Park
- Rehabilitationsklinik Freiolsheim
- Fachkrankenhaus Ringgenhof
- Fachklinik Fredeburg
- Kliniken Daun:
  - Fachklinik Thommener Höhe
- Kliniken Wied
- Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus
- Klinik Schweriner See
- Rehabilitationsklinik Birkenbuck
- Salus-Klinik Lindow
- Fachklinik Haus Kraichtalblick
- Therapiezentrum Münzesheim
- Fachkrankenhaus Höchsten
- Fachklinik Bad Tönisstein
- Fachklinik Mahlertshof
- Fachklinik Schloss Mackenzell
- Fachkrankenhaus Nordfriesland
- Fachklinik Haus Renchtal
- Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach
- Therapiezentrum Römheld
- Salus-Klinik Friedrichsdorf
- Bernhard-Salzman-Klinik Gütersloh
- Westfälische Klinik Warstein:
  - Abteilung Suchtrehabilitation
- Luzin-Klinik
- Dietrich-Bonhoeffer-Klinik
- Fliedner Krankenhaus:
  - Entwöhnungseinrichtung Siloah
- Klinik Bad Blankenburg
- Fachklinik St. Vitus GmbH
- Fachklinik Eußerthal
- Klinik am Hellweg
- Fachklinik Haus Möhringsburg
- Reha-Zentrum Haus Burgwald
- Fachkrankenhaus St. Marienstift – Dammer Berge
- Fachklinik Fürstental
- Rehabilitationsklinik St. Landelin
- Fachklinik Annabrunn
- Fachklinik Am Hardberg
- Klinik Schloss Falkenhof
- Fachklinik Klosterwald

**Literatur**

Augustin, R., Metz, K., Hepekausen, K., & Kraus, L. (2005). Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht, 51*, 40–48.

Aveyard, P., Markham, W. A., & Cheng, K. K. (2004). A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke. *Social Science & Medicine, 58*, 2253–2265.

Batra, A. *Tabakabhängigkeit. Biologische und Psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten*. Darmstadt: Steinkopf, 2000.

Benowitz, N. L., et al. (1986). Influence of smoking fewer cigarettes on exposure to tar, nicotine, and carbon monoxide. *The New England Journal of Medicine, 315*, 1310–13.

Bolliger, C. T. (2000). Practical exercises in smoking reduction and cessation. *Addiction, 95*, 19–24.

Bolliger, C. T., et al. (2000). Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *British Medical Journal, 321*, 329–33.

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation – An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 295–304.

Doll, R., et al. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal, 309*, 901–11.

Donath, C., Metz, K., & Kröger, C. (2005). Helfen Rauchverbote wirklich? Der Einfluss von Tabakpolitik auf Patienten in Suchtrehabilitationskliniken. *Sucht, 51*, 291–300.

Donath, C., Metz, K., Kröger, C., Flöter, S., Gradl, S., Piontek, D., & Reschke, K. (im Druck). Tabakpolitik deutscher Suchtrehabilitationskliniken: Status quo und Perspektiven. *Suchtmedizin*.

Europäisches Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser. (2003). Rauchfreies Krankenhaus. Europäischer Leitfadens zur Schaffung rauchfreier Krankenhäuser. [www.whonichtrauchertag.de/implguidedinternet.pdf](http://www.whonichtrauchertag.de/implguidedinternet.pdf), 1–26.

Europäisches Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser. (2003). Kodex des Europäischen Netzwerks rauchfreier Krankenhäuser. [www.dngfk.de/html/pdf/kodex\\_305.pdf](http://www.dngfk.de/html/pdf/kodex_305.pdf), 1–5.

Fagerström, K. O. (2001). From reduced smoking to quitting: Improvements in COPD symptoms and lung function: a case report. *Nicotine and Tobacco Research, 3*, 93–94.

Fagerström, K. O., et al. (1997). Aiding reduction of smoking with nicotine replacement medications: hope for the recalcitrant smoker? *Tobacco Control, 6*, 311–616.

Farkas, A. J. (1999). When does cigarette fading increase the likelihood of future cessation? *Annals of Behavioral Medicine, 21*, 71–76.

Fichtenberg, C. M. & Glantz, S. A. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ, 325*, 188–195.

Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R. et al. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.

Hopkins, D. P., Husten, C. G., Fielding, J. E., Rosenquist, J. N., & Westphal, L. L. (2001). Evidence Reviews and Recommendations on Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *American Journal of Preventive Medicine, 20*, 67–87.

Hughes, J. R. (2000). Reduced smoking: An introduction and review of the evidence. *Addiction, 95* Suppl. 1, 3–7.

Hughes, J. R., K. M. Cummings, and A. Hyland. (1999). Ability of smokers to reduce their smoking and its association with future smoking cessation. *Addiction, 94*, 109–14.

Hughes, J. R. (1995). Chapter 10: Clinical Implications of the Association Between Smoking and Alcoholism. In J.B.Fertig & J. P. Allen (Eds.), *Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice* (Research Monograph No. 30 ed., pp. 171–186). Bethesda: National Institutes of Health.

John, U. & Hanke, M. (2001). Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Gesundheitswesen, 63*, 363–369.

Kleinert, V. (2003). Die Raucherentwöhnung bei Alkoholkranken ist notwendig. *Sucht aktuell, 2*.

Lubin, J. H., et al. (1984). Modifying risk of developing lung cancer by changing habits of cigarette smoking. *British Medical Journal, 288*, 1953–56.

Metz, K., Kröger, C., & Orth, B. (2005). Tabakentwöhnung an Alkoholrehabilitationskliniken – Ergebnisse des WIRK-Projekts. *Sucht aktuell, 1*, 39–44.

Metz, K., Kröger, C., & Bühringer, G. (2005). Tabakentwöhnung bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit im Setting der Suchtrehabilitation. Ein Überblick. *Gesundheitswesen, 67*, 461–467.

Meyer, C. (2004). *Prävention tabakassoziierter Gesundheitsstörungen durch Reduziertes Rauchen: Konzept und Empirische Befunde*. Aachen: Shaker Verlag.

*Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko* (2005). (Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5). Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.

Piontek, D., Kröger, C., Fleitmann, S., Rustler, C., Flöter, S., Donath, C. & Metz, K. (2006). Nichtraucherchutz und Raucherentwöhnung in deutschen Krankenpflegeschulen und Krankenhäusern. In: Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK). *Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus – Krankenhaus mit Zukunft. Konferenzdokumentation*. Berlin: DNGfK, S. 146 – 150. <http://www.dngfk.de/files/136/Konferenzdokumentation.pdf>

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change – Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102–1114.

Rennard, S. I., et al. (1990). Short-term smoking reduction is associated with reduction in measures of lower respiratory tract inflammation in heavy smokers. *European Respiratory Journal, 3*, 752–59.

Riley, W., et al. (2002). Computer and self-help behavioral strategies for smoking reduction: Initial feasibility and one-year follow-up. *Nicotine and Tobacco Research, 4*, 183–88.

Rottschäfer, T., Sander, W., and Jux, M. (2001). „Ein Laster muss der Mensch doch haben“ – Schwierigkeiten bei der Raucherentwöhnung alkoholabhängiger Patienten. *Konferenzbeitrag*.

Schneider, B., et al. (2004). Tabakabhängigkeit in der Alkoholentwöhnung – Ein notwendiger Paradigmenwechsel kündigt sich an. *Konferenzbeitrag*.

Serra, C., Cabezas, C., Bonfill, X., & Pladevall-Vila, M. (2000). Interventions for preventing tobacco smoking in public places. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Sussman, S. (2002). Smoking cessation among persons in recovery. *Substance use and misuse, 37*, 1275–1298.

Task Force on Community Preventive Services (2001). Recommendations Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *American Journal of Preventive Medicine, 20*, 10–15.

U.S. Department of Health and Human Services & Centers for Disease Control and Prevention (2000). *Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco-Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health Care Systems* (Rep. No. Vol. 49, No. RR-12). U. S. Department of Health and Human Services.

West, R., et al. (2001). Smoking cessation and smoking patterns in the general population: A 1-year follow-up. *Addiction, 96*, 891–902.

Zemlin, U., et al. (1996). Integrierte Raucherentwöhnung in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 34*, 90–96.

Zimdars, P., J. Lindenmeyer, and R. Kolling. (2002). *Ein Laster braucht der Mensch? – Raucherentwöhnung bei Alkoholabhängigen*. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), *Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen*. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Geesthacht: Neuland Verlag.

**Korrespondenzanschrift:**

Dipl.-Psych. Carolin Donath  
 IFT Institut für Therapieforschung  
 Parzivalstraße 25, 80804 München  
 Tel.: 089-360 804 87, E-Mail: [donath@ift.de](mailto:donath@ift.de)