

**Abteilung I der Universitätsklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Ulm**

Zentrum für Psychiatrie (ZfP)

Die Weissenau

Leiter: Prof. Dr. med. Wolfgang Kaschka

**„Nichtraucherschutz im
psychiatrischen Krankenhaus
- eine Status quo-Erhebung“**

**Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm**

Vorgelegt von

Hildegard Droste-Arndt

Schmallenberg/Westfalen

2013

Amtierender Dekan:

Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wirth

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. med. Tilman Steinert

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. rer. soc. Reinhold Kilian

Tag der Promotion:

13. November 2014

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	iii
Präambel.....	1
1. Einleitung.....	1
1.1. Gesetzliche Regelungen.....	2
1.2. Wandel des Rauchens im öffentlichen Bewusstsein.....	3
1.3. Besondere Problemstellung des Rauchens in der Psychiatrie.....	4
1.4. Erfahrungen mit rauchfreien Stationen/Kliniken	7
1.5. Fragestellung der Arbeit	9
2. Methoden	11
2.1. Studiendesign.....	11
2.2. Fragebogenentwicklungen	12
2.3. Ausgestaltetes Messinstrument	12
2.4. Teilnehmer	16
2.5. Einschlusskriterien.....	16
2.6. Ausschlusskriterien.....	17
2.7. Ablauf der Studie	18
2.8. Auswertung/Statistische Methoden.....	19
2.9. Ergebnisübermittlung an die Stationen	24
3. Ergebnisse	25
3.1. Fragebogenkopfteil mit FTND.....	25
3.2. Ergebnisse zum Rauchen	29
4. Diskussion.....	41
4.1. Rücklaufquote	42
4.2. Stichprobenmerkmale der Mitarbeiter	43
4.3. Stichprobenmerkmale der Patienten	43
4.4. Ergebnisse zum Rauchen	44
4.5. Vergleich der Gruppen bezüglich der Zustimmung zu den Aussagen des Fragebogenhauptteils	49
4.6. Limitationen.....	52
5. Zusammenfassung.....	54
6. Literaturverzeichnis	56
7. Anhang.....	61
7.1. Fragebogen.....	61
7.2. Posterexempel	67

Lebenslauf	68
-------------------------	----

Abkürzungsverzeichnis

BRD	Bundesrepublik Deutschland
BW	Baden-Württemberg
BZGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
FTND	Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit
QSU-G	Questionnaire on smoking urges
SCQ-A	Smoking Consequences Questionnaire – Adult
ZfP	Zentrum für Psychiatrie

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der Mitarbeiter und Patienten (%)	25
Abbildung 2: Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den jeweiligen Berufsgruppen	27
Abbildung 3: Relative Häufigkeiten der Dauer des aktuellen Aufenthaltes für alle Patienten und für Männer und Frauen getrennt betrachtet	28
Abbildung 4: Häufigkeiten der täglich gerauchten Zigaretten bei Patienten und Mitarbeitern	30
Abbildung 5: Mittelwertvergleich bzgl. FTND-Summenwerts bei Patienten und Mitarbeitern	31
Abbildung 6: Verteilung der in den Untergruppen täglich gerauchten Zigaretten in % gemäß:	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Raucheranteile an der Gesamtbevölkerung in BRD und BW in 1999, 2003, 2005 und 2009 (Statistisches-Bundesamt, 2009)	4
Tabelle 2: Zuordnung der Wertebereiche zu den Merkmalen	19
Tabelle 3: Mittelwert der Anzahl stationärer Aufenthalte	28
Tabelle 4: Geschlechterverteilungen der Patienten und Mitarbeiter	29
Tabelle 5: Daten zu Raucheranteil, täglichem/nicht täglichem Rauchen, Aufhörversuchen, Aufhörwunsch und Hilfe dabei nach Geschlechtern getrennt für Patienten und Mitarbeiter	32
Tabelle 6: FTND Summenwerte für einzelne Untergruppen	34
Tabelle 7: Anteile rauchender Patienten ausgewählter Stationen, die bei einem Aufhörversuch Hilfe wünschen würden	35
Tabelle 8: Anteil rauchender Mitarbeiter einzelner Abteilungen, die wünschten, mit dem Rauchen aufzuhören,	36
Tabelle 9: ausgewählter Anteil rauchender Mitarbeiter, die Hilfe bei einem Aufhörversuch wünschten, nach Abteilungen getrennt	36

Präambel

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde neben der männlichen nicht auch die weibliche Bezeichnung aufgeführt. Gemeint sind jedoch in allen Fällen sowohl Frauen als auch Männer.

1. Einleitung

Rauchen ist Hochrechnungen zufolge bei anhaltendem Trend die Ursache, dass in diesem Jahrhundert etwa eine Milliarde Menschen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums sterben werden (Frieden & Bloomberg, 2007). Allein für Deutschland gehen Experten davon aus, dass jährlich 110.000 bis 140.000 Raucher den Folgen tabakassoziierter Erkrankungen erliegen, weitaus mehr als Alkohol- und drogenassoziierte Todesfälle (Batra, et al., 2009). Europaweit liegen die Schätzungen bei mehr als 650.000 Toten jährlich (Hibbeler, 2005). An den Folgen des Passivrauchens sterben in Deutschland Schätzungen zufolge jährlich ca. 3.300 Menschen (Pötschke-Langer, et al., 2009).

In Deutschland steigt die Sterberate aufgrund von Lungenkrebs an, was sich u.a. auf eine Annäherung der Frauen an männliches Rauchverhalten zurückführen lässt (Ebbinghaus, et al., 2007). Durch einen Verzicht auf Zigaretten könnte nach Angaben der deutschen Herzstiftung jeder zweite Herzinfarkt verhindert werden. Darüberhinaus kommt dem Schutz vor Passivrauchen ohne Ausnahme ein großer Stellenwert zu (Blöß, 2007).

Nach Frieden (Frieden & Bloomberg, 2007) würden durch eine Reduktion des Rauchens um ca. 5 % bis zum Jahre 2020 unter den jetzt lebenden Menschen wenigstens 100 Millionen vorzeitige tabakassozierte Todesfälle weniger auftreten. Obwohl diverse Maßnahmen zur Verfügung stehen, ist Tabakabhängigkeit grundsätzlich unterbehandelt. Neben Aufklärung, Erhöhung der Tabaksteuer, Nichtraucherschutzgesetzweiterungen, Antiraucherkampagnen und Werbeverböten gelten die Schaffung rauchfreier Örtlichkeiten und ein gezielteres und flächendeckendes Angebot von Raucherentwöhnungsprogrammen,

teils mit medikamentöser Unterstützung, als enorm wichtig (Frieden & Bloomberg, 2007). Nur etwa 3-7 % der Raucher schaffen es pro Jahr, von allein mit dem Rauchen aufzuhören (American Cancer Society, 2012; Batra, 2011; Baillie, et al., 1995). Alle anderen abstinenzwilligen Raucher benötigen hingegen Unterstützung. Langfristig schaffen je nach Intensität der gewählten Therapie ca. 20-40 %, die Rauchabstinenz zu halten (Batra, et al., 2003).

1.1. Gesetzliche Regelungen

Im Nichtraucherschutzgesetz des Landes Baden-Württemberg vom 01.07.2007 ist eine generelle Verbotsregelung für das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen, u. a. Krankenhäusern, beschrieben (Baden-Württemberg, 2007). Ziel dieser Regelungen ist der umfassende Schutz von Nichtrauchern vor den Gefahren des Passivrauchens, nicht zuletzt da Tabakrauch aktuellen Studien zufolge die gefährlichste vermeidbare Innenraumverschmutzung darstellt. Ausnahmen von diesen Rauchverböten gelten nur mit Rücksicht auf Besonderheiten und spezielle Therapieziele. So nennt der Gesetzestext explizit als Ausnahmen Patienten, die sich in einer psychiatrischen Behandlung oder aufgrund einer gerichtlich angeordneten Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung eines Krankenhauses befinden, oder bei denen die Untersagung des Rauchens dem Therapieziel entgegen steht. Für den gesundheitlichen Schutz aller im Krankenhaus befindlichen Personen und die Einhaltung des Rauchverbotes ist der Leiter des Krankenhauses verantwortlich. Generell darf durch Ausnahmemöglichkeiten (z.B. Rauchen zu bestimmten Zeiten, an bestimmten Orten oder im Freien) der Schutz der nichtrauchenden Patienten und Patientinnen vor Passivrauchen so wenig wie möglich beeinträchtigt werden. In der Ermessensentscheidung der Klinikleitung liegt die Einrichtung von Raucherzimmern für im Krankenhaus beschäftigte Personen (Baden-Württemberg, 2007).

1.2. Wandel des Rauchens im öffentlichen Bewusstsein

Bedingt durch wachsende Erkenntnisse um die schweren gesundheitlichen Folgen des Rauchens wurden in den letzten 50 Jahren bereits mit hohen Kosten verbundene große Anstrengungen unternommen, die Zahl an Rauchern zu reduzieren. So ging zum Beispiel der Anteil der rauchenden Bevölkerung in Israel von 40-45 % in den 60er Jahren auf 30-35 % in den 80ern zurück (Mester, et al., 1993). Nach wie vor rücken die Gefahren des Rauchens immer mehr ins Zentrum des allgemeinen Bewusstseins. Unbestritten ist, dass es wahrscheinlich weltweit kein Genussmittel gibt, das stärker mit unmittelbar krebsverursachenden Begleitstoffen kontaminiert ist, als die Zigarette (Batra & Fagerström, 1997).

Neben einem stattfindenden allgemeinen Wertewandel wird von staatlicher Seite versucht, Regelungen zu implementieren, um Veränderungen herbeizuführen. Einige Vorgehensweisen werden allerdings kontrovers diskutiert. So gilt zum Beispiel der Nutzen der in Deutschland geplanten kontinuierlichen Anhebung der Tabaksteuer bis 2015 aus gesundheitspolitischer Sicht als sinnlos, weil eine langsame und stetige Erhöhung kaum jemanden zum Aufhören bewegt (Cloes, 2010).

Ziele der umfangreichen gesetzlichen und präventiven Maßnahmen sind die Reduzierung des Tabakkonsums und hiermit verbunden der Schutz vor möglichen Folgen des Passivrauchens. Dennoch erreichen die immer deutlicher werdenden Hinweise auf die Gefahren nach wie vor viele Menschen nicht. Die Mikrozensususerhebung 2009 weist in Deutschland immer noch über 25 % der Personen über 15 Jahren als bekennende Raucher aus (Bundesamt-Statistisches, 2011; Laue, 2010). Insgesamt ging diese Zahl in den letzten 10 Jahren nur geringfügig zurück. Ein deutlicher Rückgang (absolut ca. 2,7 %) ließ sich nur bei den regelmäßig rauchenden Männern beobachten. In Baden-Württemberg liegt diese Zahl sogar bei 4,4 % (s. Tabelle 1). In der Altersverteilung haben sich die Spitzenwerte der höchsten Raucheranteile zu jüngeren Altersgruppen hin verschoben. Am häufigsten rauchen Männer zwischen 25 und 30 Jahren und Frauen zwischen 20 und 25 Jahren. Erfreulicherweise hat der Anteil junger Raucher zwischen 15 und 20 Jahren deutlich abgenommen, ebenso der Anteil starker Raucher. Das Einstiegsalter für 15- bis 20-jährige Männer liegt heute im

Mittel ca. 4 Monate über dem ihrer weiblichen Altersgenossinnen (15,6 Jahre) (Laue, 2010).

Tabelle 1: Raucheranteile an der Gesamtbevölkerung in Bundesrepublik Deutschland und Baden-Württemberg in 1999, 2003, 2005 und 2009 (Bundesamt-Statistisches, 2011)

Jahr	Raucher bundesweit Männer/Frauen/Gesamt (%)	Raucher Baden-Württemberg Männer/Frauen/Gesamt (%)
1999	35,9 / 22,9 / 29,2	33,9 / 20,6 / 27,0
2003	35,3 / 23,1 / 29,0	33,1 / 21,2 / 26,9
2005	34,4 / 23,4 / 28,7	30,9 / 20,9 / 25,7
2009	33,2 / 22,3 / 27,6	29,5 / 19,6 / 24,4
Abnahme 1999- 2009 absolut %	2,7 / 0,6 / 1,6	4,4 / 1,0 / 2,6

Interessant ist die Tatsache, dass in der Sparte Gesundheitsberufe Ärzte und Apotheker im Durchschnitt mit 19,0 Jahren beginnen zu rauchen, wohingegen Krankenschwestern und -pfleger hier mit einem Einstiegsalter von 17,7 relativ nah am Durchschnitt aller Gesamtberufsbereiche mit 17,3 Jahren als Einstiegsalter liegen (Bundesamt-Statistisches, 2011). Allgemein messen rauchende Angestellte im Gesundheitssystem – Pflegepersonal wie andere Berufsgruppen - den Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit geringe Bedeutung zu und unterscheiden sich damit signifikant von ihren nichtrauchenden Kollegen (Willaing & Ladelund, 2004).

1.3. Besondere Problemstellung des Rauchens in der Psychiatrie

Die Prävalenz für Rauchen ist bei psychiatrischen Patienten eine der höchsten (bis zu 88 % gegenüber 25 % in der Allgemeinbevölkerung). Zudem rauchen diese Patienten stärker, länger, bevorzugen nikotinhaltigere Zigarettenmarken und weisen sehr geringe Entwöhnungsraten auf (Lawn & Pols, 2005; Schulz, et al., 2004; Kalman, et al., 2005). Gründe für diese hohen Raucherprävalenzen sind zum

Beispiel, dass Rauchen eine antidepressive Wirkung zugeschrieben wird, so dass ein Teil der Patienten Rauchen als eine Art Selbstmedikation betreibt (Hawkins, 1997). Viele Patienten unter neuroleptischer Medikation berichten, dass Rauchen die unangenehmen Nebeneffekte der Medikation reduziert. Die Blutkonzentration von neuroleptischen Medikamenten kann bei starken Rauchern wegen der durch Nikotin gesteigerten enzymatischen Aktivität bis zu 50 % geringer sein (el-Guebaly, et al., 2002a). Ergänzend berichten Patienten mit Schizophrenie eine Verbesserung kognitiver Funktionen wie Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis (Lawn & Pols, 2005). Gleichsinnig wird als Folge der neuropharmakologischen Wirkung des Nikotins ein stimulierender Effekt auf beeinträchtigte psychische Funktionen wie Antrieb und Kognition vermutet (Hewer, 2010). Für viele dauerhaft psychisch Kranke bedeutet Rauchen eine tägliche Routine und strukturiert den oft ereignisarmen Tag (Van Dongen, 1999; McNally, et al., 2006).

Neben den oben beschriebenen Auswirkungen bei vorhandenen psychiatrischen Störungen werden auch immer wieder bahnende Effekte von Nikotinabusus auf Depressionen und Angststörungen vermutet (Lasser, et al., 2000; Batra & Buchkremer, 2001; Fagerström & Aubin, 2009), ebenso, wie sehr häufiges, dem Beginn einer Schizophrenie vorausgehendes Rauchen beobachtet wird (Ziedonis, et al., 1994).

Jugendliche Drogenabhängige rauchen viermal so häufig wie nicht Abhängige. Ein absolutes Rauchverbot ist in Drogenkliniken und auch anderen psychiatrischen Einrichtungen dennoch eine Seltenheit. Werden z.B. Tabak und Alkohol gleichzeitig stark konsumiert, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, vor dem 60. Lebensjahr zu versterben, um mehr als 30 %. Ebenso steigt unter kombiniertem Konsum das relative Krebsrisiko auf das 2,5fache (Batra & Buchkremer, 2001). Dennoch hat sich in den meisten therapeutischen Teams eine passive Haltung im Umgang mit der psychiatrischen Diagnose Nikotinabhängigkeit und dem Rat zur Entwöhnung eingestellt (el-Guebaly, et al., 2002b). Gründe hierfür sind die Angst, das Behandlungsentagement könnte leiden, die Befürchtung höherer Abbruchraten oder des Wechsels zu anderen Kliniken und die Sorgen des Pflegepersonals, dass sich ein Räuber- und –Gendarm- Spiel entwickeln könne (Callaghan, et al., 2007). Wird auf der einen Seite der Effekt des Rauchens einer Zigarette als in kritischen

Situationen deeskalierend beschrieben, finden sich auch Anmerkungen, dass ungleiche Verteilung und auch Zuteilung von Rauchwaren überhaupt erst Auslöser für aggressive Akte sein können (Lawn & Pols, 2005). Als ein häufiger Grund für den höheren Zigarettenkonsum im Vergleich zum Leben außerhalb der Klinik wird von Patienten die auf der Station herrschende Langeweile und Tristesse angegeben (Prins, 2007). Das Raucherzimmer auf psychiatrischen Stationen wird als wichtiger sozialer Mittelpunkt bewertet. Das Rauchen ist Aktivität (McNally, et al., 2006).

Insgesamt lassen sich Beziehungen zwischen geringerer Lebenserwartung und der hohen Raucherprävalenz bei psychiatrischen Patienten finden. Ein Großteil der Patienten in der Psychiatrie erhält Medikamente, die das Risiko von Diabetes- und Herz-Kreislauf-erkrankungen erhöhen. Gleichsinnig werden diese Risiken durch Rauchen verstärkt. Erhöhte Morbidität und Mortalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung finden sich vor allem bei den Diagnosegruppen schizophrene Psychose, Alkohol- und Drogenabhängigkeit. All diesen Erkrankungsgruppen gemein ist eine sehr hohe Prävalenz des Tabakkonsums und ebenfalls sehr hohe Nikotinabhängigkeit. Demzufolge sind kardiovaskuläre Erkrankungen in diesen Gruppen häufiger (Wernz, et al., 2009).

Stationäre Aufenthalte werden von psychiatrischen Patienten oft als belastend beschrieben. Der Griff zur Zigarette als weithin erprobtes Entspannungsmittel liegt da nahe. Zudem fühlen sich bis zu einem Drittel der Patienten auch durch rauchende Mitarbeiter zum Rauchen ermuntert (Mester, et al., 1993). Sie beschreiben ein Wiederbeginnen oder eine deutliche Zunahme des Rauchens während einer Behandlung.

Unter Angestellten von psychiatrischen Einrichtungen finden sich allgemein höhere Raucherquoten als in anderen Krankenhäusern (Wernz, et al., 2009; Lawn, 2004). Daher steht auch gerade das Pflegepersonal Veränderungen in Richtung rauchfreies Krankenhaus deutlich skeptischer gegenüber. Dieser Punkt ist somit unbedingt bei der Implementierung von rauchfreien Abteilungen oder ganzen Krankenhäusern zu beachten (Van Dongen, 1999; Wernz, et al., 2009). Dies wird gestützt von Untersuchungen, in denen Patienten deutlich häufiger als Mitarbeiter der Meinung sind, es sei Aufgabe des Klinikpersonals, sie immer wieder auf die Risiken des Rauchens hinzuweisen (Schulz, et al., 2004). Entsprechend findet sich

gerade unter medizinischem Personal in psychiatrischen Einrichtungen ein hoher Anteil an Mitarbeitern, deren Meinung nach Rauchen keinerlei Gefährdung für die Gesundheit bedeutet. Außerdem beschreiben einige Mitarbeiter ein stärkeres Rauchen, wenn sie am Arbeitsplatz sind, möglicherweise bedingt durch die bisher permissive Umgebung (Mester, et al., 1993).

Dennoch wird eine konsequente Nichtraucherpolitik grundsätzlich von der Mehrheit der Patienten und Mitarbeiter befürwortet. Es finden sich aber Aussagen, dass sich gerade im psychiatrischen Umfeld das Pflegepersonal bei dem Wunsch und Versuch, das Rauchen zu beenden, unzureichend motiviert und unterstützt sieht (Bloor, et al., 2006). Ebenso zeigte sich in dieser Studie, dass dem Wunsch der Klinikleitung, das Engagement für allgemeines Gesundheitsbewusstsein durch Rauchverbote auf dem Klinikgelände zu zeigen, der Effekt entgegen stand, dass Personal unweit vom Klinikgelände, gut sichtbar für Patienten und die breite Öffentlichkeit, in den Pausen rauchte.

1.4. Erfahrungen mit rauchfreien Stationen/Kliniken

Die Untersuchung eines totalen Rauchverbots in einer Einrichtung für jugendliche Drogenabhängige in Kanada zeigte, dass es zu keinen Auswirkungen auf die Nachfrage nach einer Behandlung oder die vollständige Durchführung des Therapieprogramms kam (Callaghan, et al., 2007). Häufig geäußerte Befürchtungen, dass ein Rauchverbot zu steigenden Aggressionen, mehr Gewalt oder Zwangsmaßnahmen bei psychiatrischen Patienten führe, bestätigten sich in Untersuchungen einer amerikanischen Studie nicht (Haller, et al., 1996). Nach der relativ strikten Einführung absoluter Rauchverbote an amerikanischen Krankenhäusern zu Beginn der 90-er Jahre fanden sich langfristig signifikant mehr Krankenhausangestellte, die mit dem Rauchen aufhörten, als unter vergleichbaren Angestellten anderer Betriebe der Region (Fee & Brown, 2004). In den meisten Studien wurden keine Zunahme an Aggressionen, kein vermehrtes Auflehnen gegen Anweisungen des Personals und keine Zunahme von Verabreichung sedierender Bedarfsmedikation gefunden.

Mehrere Studien betonen, dass der Erfolg der Einrichtung rauchfreier Stationen oder Krankenhäuser durch das gleichzeitige Angebot von Nikotinersatztherapie unterstützt wird. Im Rahmen von Rauchverböten auch für klinisches Personal waren Angebote zur Stressreduktion und Fortbildungen im Umgang mit dieser Symptomatik (für sie selbst und die Patienten) durchaus hilfreich. Dies betraf z.B. fortbildende Maßnahmen zur Erkennung von Nikotinentzugssymptomen, um hierauf ausreichend reagieren zu können. Alternative Beschäftigungsangebote und eine stringente Durchführung sollten in diesem Rahmen angeboten werden. Somit lassen sich auf Seiten der Patienten auftretende Langeweile, Abwehrhaltungen und das Gefühl von Kontrolle durch das Personal besser auffangen (Lawn & Pols, 2005). Die Einführung sollte zuvor ausreichend propagiert und angekündigt werden. So wird zum Beispiel der vorsichtige und sorgfältige Austausch über die geplanten Veränderungen und die Einbeziehung aller am Prozess Beteiligten als hilfreich für eine Implementierung eines allgemeinen Rauchverbotes beschrieben. Auch in diesem Zusammenhang sind offene Diskussionsprozesse von hohem Stellenwert (McNally, et al., 2006).

Als sehr bedeutsam für die Einrichtung einer rauchfreien Abteilung wurde die Konsistenz aller beteiligten Gruppen von der Pflege bis zur Krankenhausleitung beschrieben. Auch war zu erkennen, dass Rauchverbote leichter eingeführt werden können, wenn die Klinikleitung nicht raucht (Parks & Devine, 1993).

Parallel zur Einführung des Rauchverbotes findet sich in Studien aus Amerika, Großbritannien und Kanada auch immer wieder ein deutlicher Bewusstseinswandel beim Pflegepersonal (Matthews, et al., 2005; McNally, et al., 2006; el-Guebaly, et al., 2002a). Es fanden sich Hinweise auf den Wegfall von Konfliktsituationen durch ungleiche Verteilung, „Handel“ oder Zuteilung von Zigaretten unter Patienten oder durch Personal. Von Seiten der betroffenen Patienten wurde ein allgemeines Rauchverbot als sehr hilfreich für den Erhalt der eigenen bereits bestehenden oder begonnenen Abstinenz im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt beurteilt. Immer wieder wird auch die Zunahme des Anteils der Raucher beschrieben, die sich durch Erfahrungen mit Rauchverböten für Raucherentwöhnung interessieren (Joseph, et al., 1990). Als nicht zu vernachlässigender Nebeneffekt findet sich auch die Abnahme des Anteils rauchender Mitarbeiter nach Einführung von Rauchverböten. Persönlich

beschrieben Mitarbeiter die Einführung von Rauchverböten als eine Gelegenheit, neue klinische Skills zu lernen (Lawn & Pols, 2005).

Dennoch finden sich auch Studien und Stellungnahmen, die zu der Schlussfolgerung kommen, Rauchverböte seien für einzelne Erkrankte und psychiatrische Patienten insbesondere in Akutsituationen ein zusätzlicher, unethischer Stressor (Head, 2003; Cattapan-Ludewig & Batra, 2008). Neben einem beschriebenen Zusammenhang mit dem vermehrten Gebrauch anderer Drogen, betonte eine Übersichtsarbeit aus dem englischsprachigen Raum die Zunahme von Raucheransammlungen unmittelbar außerhalb und ein starker Handel mit Rauchwaren auf dem Krankenhausgelände und in dessen Umgebung (Lawn & Pols, 2005).

Nachbehandler sollten wegen der immer wieder beobachteten und zu erwartenden Wiederaufnahme des Rauchens nach einer Entlassung auf das Interaktionsprofil von Nikotin unter dem Aspekt des dann wieder erhöhten Bedarfs an z.B. Neuroleptika hingewiesen werden. Eine kalifornische Studie fand sogar häufig einen sehr raschen Wiederbeginn des Rauchens nach Beendigung der Behandlung (Prochaska, et al., 2006). Eine weitere Studie beschreibt in diesem Zusammenhang eine Wiederaufnahme des Rauchens unmittelbar nach Wegfall des Verbotes zu Rauchen bei 80 % der Raucher (Jonas & Eagle, 1991).

Auch aus dieser Beobachtung heraus kann die Einführung von rauchfreien Stationen und Krankenhäusern nur Teil einer umfangreich angelegten Strategie zur Reduzierung der hohen Rate rauchender psychiatrischer Patienten sein.

1.5. Fragestellung der Arbeit

Die neuen gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherchutz in Deutschland sollten im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg „Die Weissenau“ implementiert werden. Auf den jeweiligen Stationen bestanden übergreifend keine Angebote zur Raucherentwöhnung (weder für Patienten noch für Mitarbeiter). Die meisten Stationen waren mit einem „traditionellen Raucherzimmer“ ausgestattet, in dem Mitarbeiter und Patienten meist gemeinsam rauchten. Darüber hinaus sah sich die Klinik als Dienstleister für Krankheits-, Gesundheits- und

Präventionsfragen in der Verpflichtung, diese bestehenden Gegebenheiten zu verändern und zu erweitern. Für die Wünsche und Anliegen der rauchenden Patienten und Mitarbeiter, aber auch der vom Passivrauchen betroffenen nichtrauchenden Patienten und Mitarbeiter liegen aus deutschen psychiatrischen Kliniken kaum Ausgangsdaten vor der Implementierung eines erweiterten Nichtraucherschutzes vor. Ziel der Arbeit war es, im Vorfeld im Rahmen einer Vollerhebung allgemeine Informationen zum Rauchverhalten, den Erfahrungen und Wünschen nach Hilfen bei der Veränderung der Nikotinabhängigkeit bei Patienten und Mitarbeitern des Zentrums für Psychiatrie „Die Weissenau“ zu erfragen. Auch die Einstellungen von Patienten und Mitarbeitern rund um das Thema Rauchen sollten in Erfahrung gebracht werden. Die entsprechenden Daten sollten für Raucher wie für Nichtraucher erhoben werden. Von besonderem Interesse waren die Bewertungen der spezifischen Gegebenheiten auf den einzelnen Stationen und der daraus ableitbare Veränderungsbedarf, vor allem unter dem Aspekt des zu erweiternden Nichtraucherschutzes. Die so gewonnenen Daten sollten mit Ergebnissen anderer Erhebungen verglichen werden, um ihre statistische Relevanz zu beurteilen. An den im Rahmen der Studie erhobenen Daten und Bewertungen sollten sich zukünftige Veränderungen orientieren. Für Erhebungen, die im Anschluss an die Implementierung geplant sind, sollten dadurch Basisdaten für Vergleiche erhoben werden. Nicht zuletzt sollte die sehr breit angelegte Befragung die Sensibilität im Umgang mit dem Thema Rauchen auf allen Seiten, Raucher wie Nichtraucher, Patienten wie Mitarbeiter, schärfen.

2. Methoden

2.1. Studiendesign

Bei der Studie „Nichtraucherschutz im psychiatrischen Krankenhaus – eine Status quo - Erhebung“ handelt es sich um eine Untersuchung, die anhand von zwei Stichtagsbefragungen alle Patienten und Mitarbeiter eines psychiatrischen Krankenhauses befragen sollte. Gegenstand der Befragung mittels eines einheitlichen Fragebogens waren der Raucherstatus sowie Einstellungen, Erfahrungen und Veränderungswünsche in Bezug auf das Rauchverhalten auf der jeweiligen Station.

2.1.1. Entwicklung der Studienmaterialien

2.1.1.1. Vorbefragungen

Als einleitende Erhebung und als Grundlage für Beurteilungen und spätere Vergleiche zu erfolgten Veränderungen wurden die dualen (ärztlichen und pflegerischen) Stationsleiter aller beteiligten Stationen im südwestdeutschen Zentrum für Psychiatrie „Die Weissenau“ gebeten, zur Ausstattung der jeweiligen Raucherzonen und dem eventuell vorliegenden Änderungsbedarf Stellung zu nehmen.

Dazu wurde ein Fragebogen zu den folgenden 6 Items erstellt:

- Örtlichkeiten des Rauchens für Patienten
- Örtlichkeiten des Rauchens für Mitarbeiter
- Beschreibung und Bewertung der Raucherzonen
- vergleichbare Örtlichkeiten für Nichtraucher
- Gemeinschaftsräume ausschließlich für Nichtraucher
- Vorliegen von Veränderungsbedarf

Die Punkte waren jeweils in freien Formulierungen zu beantworten.

Parallel hierzu wurden in einer Spontanbefragung Faktoren zum Thema Rauchen im Stationsbereich, von denen eine besondere Relevanz erwartet wurde, ermittelt.

Hierzu wurden mehrere Abteilungsleiter und langjährige Mitarbeiter - Raucher wie Nichtraucher - per e-Mail aufgefordert, sich hierzu zu äußern. Die Rückmeldungen wurden nach Thematik und Relevanz, die sich u.a. aus der Häufigkeit von Nennungen ergab, sortiert.

2.2. Fragebogenentwicklungen

Anschließend wurde ein Fragebogen zu den konkreten Umständen des Rauchens und den Erfahrungen mit Rauchen auf den jeweiligen psychiatrischen Stationen erstellt, auf Forschungskonferenzen wiederholt vorgestellt und überarbeitet. Aus den durch die o.g. Spontanbefragung ermittelten Faktoren wurden Fragen nach der Einstellung zu diesen Punkten so formuliert, dass sie für alle Probanden zutreffend sein würden. Weitere Fragen wurden an bereits bestehende Fragebögen aus Bielefeld (Schulz, et al., 2004), die deutsche Fassung des QSU-G („Questionnaire on smoking urges“) (Müller, et al., 2001), den SCQ-A (Smoking Consequences Questionnaire - Adult) (Copeland, et al., 1995) und die Fragen des Manuals für die Projektleitung „Rauchfreies Krankenhaus“ (BZGA, 1997) angelehnt und ebenfalls so verändert, dass nach der Einstellung zu den jeweiligen Themen gefragt wurde. Die Fragen waren in der Gesamtheit eindimensional und geschlossen. Sie wurden so formuliert, dass sie von Rauchern und Nichtrauchern, Patienten und Mitarbeitern gleichermaßen beantwortet werden konnten.

2.2.1. Pretest

Nach Fertigstellung des Fragebogens wurde dieser 20 Personen, die nicht an seiner Entwicklung beteiligt waren, zur Beantwortung vorgelegt. Hieraus resultierend erfolgte eine Überarbeitung und abschließende Ausgestaltung des Fragebogens.

2.3. Ausgestaltetes Messinstrument

Der Erhebungsbogen (siehe auch Anhang) bestand aus folgenden Teilen:

- Seite 1: Kopfteil mit Einleitungstext, soziodemografische Daten, Filterfragen (Raucher/Nichtraucher, Aufhörversuche, Aufhörwunsch, Wunsch nach Beratung)
- Seite 2: Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND)
- Seiten 3-5: Hauptteil mit 34 Fragen und abschließendem Raum für freie Kommentare

Zur Erleichterung der Zuordnung lagen die Fragebögen für Mitarbeiter und Patienten in 2 verschiedenen Farben vor.

2.3.1. Fragebogenkopfteil

Über das Deckblatt (Blatt 1) erfolgte eine allgemeine Einführung mit Nennung der durchführenden Institution, dem Hinweis auf freiwillige Teilnahme, Wahrung der Anonymität und der Vertraulichkeit, Bezeichnung des Themas und der vorgesehenen Verwendung der Ergebnisse. Auf allen Bögen wurde die Nennung der jeweiligen Station erbeten.

2.3.1.1. Soziodemographische Daten

Im Anschluss daran erfolgte die Erhebung allgemeiner soziodemografischer Daten:

- Alter und Geschlecht
- bei den Mitarbeitern Tätigkeitsbereich (ärztlich-therapeutischer Dienst, Sozialdienst, Ergotherapie oder Pflegedienst) und der Umfang der Beschäftigung (kleiner/gleich oder größer 50%)
- bei den Patienten die Anzahl stationärer psychiatrischer Aufenthalte und die bisheriger Dauer der aktuellen Behandlung

2.3.1.2. Raucherstatus

Über eine Filterfrage nach täglichem, nicht täglichem Rauchen oder Nichtrauchen erfolgte die Zuteilung zu Rauchern und Nichtrauchern. Für die Gruppe der Raucher schlossen sich 3 weitere dichotome Fragen zu Aufhörversuchen, aktuellem Aufhörwunsch und dem Wunsch nach Hilfen und Beratung bei Entwöhnung an.

2.3.2. FTND

Der Fagerström-Test (Heatherton, et al., 1991) stellt ein standardisiertes Ermittlungsverfahren zur Diagnose und Graduierung der körperlichen Nikotinabhängigkeit von Rauchern dar. Dieser Test war ausschließlich von Rauchern zu beantworten. Die Summe der erreichbaren Punktwerte reicht von 0 bis 10 Punkten. Die Einstufung der Schweregrade erfolgte in 3 Kategorien (gemäß dem Manual für die Projektleitung „Rauchfreies Krankenhaus“ (BZGA, 1997)):

0-4 Punkte: geringe Nikotinabhängigkeit

5-6 Punkte: mittlere Nikotinabhängigkeit

7-10 Punkte: schwere Nikotinabhängigkeit

Es wurden die Zahlenwerte entsprechend dem Original verwendet. Die Bewertungsskala war dem Fragebogen nicht beigelegt, um Antworttendenzen zu vermeiden.

2.3.3. Fragebogenhauptteil

Im Hauptteil des Fragebogens wurden die Einstellungen der Teilnehmer zu 34 Aussagen bezogen auf das Thema Rauchen erhoben. Hierbei handelte es sich um

- den persönlichen Stellenwert von Rauchen (Gewichtskontrolle durch Rauchen, Mehrrauchen oder Wiederbeginn mit dem Rauchen durch den

stationären Aufenthalt, Sorgen um gesundheitliche Folgen von Aktiv- und Passivrauchen, finanzielle Belastung),

- die Bedeutung des Rauchens im therapeutischen Setting (Entspannung, Langeweile, Kontaktaufnahme, Druckmittel, Belohnung),
- das Einhalten von Rauchverboten (durch Mitarbeiter und Patienten),
- das Vorliegen eines rauchfreundlichen Klimas,
- negative Aspekte wie häufige Beobachtung von Mitarbeitern beim Rauchen, Verlust von Kontaktzeit bei rauchenden Mitarbeitern, Geruchsbelästigung in Räumen,
- die Bedeutung und Zufriedenheit mit der Ausstattung der Raucherzonen (mit konkretem Stationsbezug), Vorbildfunktion von Arzt und Pflegepersonal, die Belästigung durch Verschmutzung in bestimmten Zimmern (Speiseräume, Schlafräume, WCs),
- den Wunsch nach Einschränkung oder Erweiterung der Rauchmöglichkeiten, nach rauchfreiem Leben sowie den hierfür gewünschten erforderlichen Hilfen (Unterstützung oder Ablenkung durch Mehrbeschäftigung),
- die Belästigung durch Rauchgeruch an Mitarbeiterbekleidung, Einstellung zu Rauchgeruch an eigener Kleidung nach Aufenthalt im Raucherzimmer,
- den Vertrauensverlust Pflegern und Ärzten gegenüber durch deren öffentliches Rauchen,
- die Einstellung zur Gemütlichkeit der vorhandenen Nichtraucher Räume und Anziehungskraft des Raucherzimmers,

Zur Beantwortung aller Fragen lag eine 7-stufige Antwortskala mit ausbalancierten und gleichwertigen, gleichteilig positiven und negativen Antwortkategorien vor:

Ich stimme zu:

völlig	Ziemlich	Eher ja	Teils, teils	Eher nicht	Überwiegend nicht	nicht
--------	----------	---------	-----------------	---------------	----------------------	-------

Aufgrund der Antwortanordnung sollte im Rahmen der Auswertung eine Dichotomisierung und Clusterung ermöglicht werden. Darüberhinaus gab es eine neutrale Antwortmöglichkeit „kann nicht beantwortet werden/trifft nicht zu“, um erzwungene Fehlangaben zu vermeiden.

Im Anschluss an den Fragenteil fand sich ein halbseitiger Freiraum für freie Kommentare und Anregungen.

2.4. Teilnehmer

Die Befragung erfolgte als Stichtagsvollerhebung in einem psychiatrischen Krankenhaus für alle Mitarbeiter und Patienten. Das Zentrum für Psychiatrie „Die Weissenau“ mit Standorten in Ravensburg und Wangen i. Allgäu ist eine psychiatrische Klinik der Vollversorgung mit 27 Stationen folgender Schwerpunkte:

1 Depressionsstation

3 neurologisch/epileptologisch ausgerichtete Stationen

2 alterspsychiatrische Stationen

8 allgemeinpsychiatrische Akutstationen (hierbei 1 Rehabilitationsstation und 2 tagesklinische Stationen)

3 Suchtstationen

6 forensische Stationen

4 Kinder- und Jugendstationen

2.5. Einschlusskriterien

In 2 Erhebungen in 11/2007 und 02/2008 wurden alle an einem festgelegten Tag der jeweiligen Monate behandelten und anwesenden Patienten der beteiligten Stationen befragt. Die Fragebögen wurden in der Woche, in der der Stichtag lag, wieder eingesammelt. Die Mitarbeiterbefragung erfolgte parallel nur im November 2007. Alle Mitarbeiter, die in der Woche der Stichtagserhebung arbeiteten, erhielten einen Fragebogen, der ebenfalls innerhalb einer Woche wieder abgegeben werden sollte und eingesammelt wurde.

2.6. Ausschlusskriterien

Von Seiten des Personals wurden alle Personen, die auf Grund ihrer Funktion weniger als 50 % ihrer jeweiligen Arbeitszeit auf der entsprechenden Station verbrachten (also Funktionen auf mehreren Stationen hatten) oder nicht zum Stammpersonal der jeweiligen Station gehörten (Schüler der Gesundheitspflege, Praktikanten und Aushilfen), von der Befragung ausgeschlossen.

Bei den Patienten wurden diejenigen ausgeschlossen, die intellektuell nicht zur Beantwortung der Fragen in der Lage waren (Demenz, Intelligenzminderung schwererer Ausprägung) oder sich zum Befragungszeitpunkt in einer Akutsituation (Fixierung, Isolierung, psychischer Ausnahmezustand, akute körperliche Erkrankung) befanden. Aus diesem Grund erfolgte keine Patientenbefragung auf der Demenzstation. Auf einer geschlossenen forensischen Station mit geistig behinderten Patienten erfolgte durch das Pflegepersonal eine Vorselektion, ob ein Ausfüllen des Fragebogens aufgrund der intellektuellen Befähigung möglich war. Ebenso wurden die Patienten zweier kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen nicht befragt, auf denen das Rauchen nicht erlaubt war. Mittels der Dokumentation der jeweiligen Patientennamen am Stichtag im November 2007 und einem Abgleich im Februar 2008 wurde vermieden, diejenigen Patienten erneut zu befragen, die bei der 2. Stichtagserhebung immer noch oder erneut stationär behandelt wurden.

2.7. Ablauf der Studie

Die Mitarbeiter waren vor der Erhebung durch einen Artikel im hauseigenen Presseorgan „SWZ-Aktuell“ über die geplante Befragung informiert worden. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte durch die Qualitätsbeauftragten (Mitarbeiter des Pfllegeteams) der jeweiligen Stationen, die in mehreren Informationsveranstaltungen und schriftlich über den Ablauf informiert und mit den notwendigen Materialien versorgt worden waren. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte insgesamt gemäß den Ein- und Ausschlusskriterien an 487 Mitarbeiter und 701 Patienten. Alle Mitarbeiter des therapeutischen Teams erhielten die Bögen persönlich über ihre Postfächer auf den Stationen. Sie sollten innerhalb einer Woche ausgefüllt und zurückgegeben werden. Die Patienten einer jeweiligen Station erhielten am Stichtag auf jeder Station die Fragebögen, die am gleichen Tag in dafür vorbereiteten geschlossenen Sammelboxen wieder abgegeben werden sollten. Die Bögen der ersten Stichtagerhebung wurden unmittelbar nach Beendigung eingesammelt und zahlenmäßig auf Vollzähligkeit überprüft. Dies erfolgte, indem parallel zu diesen Erhebungen von den jeweiligen Qualitätsbeauftragten ein Protokoll über die Anzahl der verteilten Mitarbeiter- bzw. Patientenfragebögen ausgefüllt wurde. In diesem notierten sie Gründe für Nichterhalt oder Nichtbeantwortung bei den betroffenen Patienten, so dass im Anschluss die Überprüfungen auf Vollständigkeit und die Berechnung der Rücklaufquoten möglich waren.

Da im Vorfeld der Befragung u.a. von Seiten des Personalrats Bedenken über die Datenschutzkonformität, vor allem hinsichtlich der Mitarbeiterbefragung, geäußert wurden, entfielen einzelne Fragenitems. So wurde zum Beispiel keine Angabe des konkreten Alters erbeten - dies erfolgte nur in Dekaden und die genauen Berufsbezeichnung bei den Mitarbeitern wurde in die Bereiche Pflege und sonstige Tätigkeiten geclustert. Bei den Patienten wurden ebenfalls aus Datenschutzgründen nicht nach der konkreten Dauer des Aufenthaltes zum Zeitpunkt der Befragung gefragt und auch keine Angabe der vorliegenden Erkrankungsdiagnose erbeten.

2.8. Auswertung/Statistische Methoden

Nach erfolgtem Rücklauf erhielten alle Fragebögen zur späteren Re-Identifizierung eine laufende Nummer je Station. Zuerst wurden jeweils die Daten der Patienten der jeweiligen Station, anschließend die der Mitarbeiter erfasst. Hierbei wurden die Daten jedes Bogens zunächst eingegeben und im direkten Anschluss noch einmal auf korrekte und vollständige Datenerfassung überprüft. Die Kontrolle erfolgte entgegengesetzt dem ersten Einlesen von hinten nach vorne. Zur Schaffung einer besseren Übersichtlichkeit waren die Spalten, in denen Zahlenwerte von Unterabschnitten oder einzelner Seiten des Fragebogens in der erstellten Exceltabelle erfasst wurden, farblich unterschiedlich hinterlegt. Mit den Bögen der zweiten Stichtagerhebung wurde entsprechend verfahren. Die Nummern der Patientenbögen wurden auf der jeweiligen Station fortgeführt.

2.8.1. Merkmalskategorien und Wertebereiche

Tabelle 2: Zuordnung der Wertebereiche zu den Merkmalen

Kategorie	Merkmale	Wertebereich
Status	Mitarbeiter	M
	Patient	P
Alter	Bis 20 Jahre	1
	21-30 Jahre	2
	31-40 Jahre	3
	41-50 Jahre	4
	51-60 Jahre	5
	älter als 60 Jahre	6
Geschlecht	männlich	M

	weiblich	W
Tätigkeit	Arzt, Ergotherapie, Sozialdienst	0
	Pflegdienst	1
	Patient	99
Beschäftigungsumfang	>50%	0
	≤50%	1
	Patient	99
Häufigkeit Aufenthalte in Psychiatrie		1-70
Dauer der aktuellen Behandlung	< als 8 Tage	1
	8 bis 28 Tage	2
	> 28 Tage	3
Rauchen Sie zurzeit?	Ja, täglich	1
	Ja, nicht täglich	2
	Nein	0
Bereits Versuch(e) mit dem Rauchen aufzuhören?	Ja	1
	Nein	0
Wunsch mit dem Rauchen aufzuhören?	Ja	1
	Nein	0
Wunsch nach Hilfen bei einem solchen Versuch?	Ja	1
	Nein	0
<u>Fagerström-Test</u>		

Wann nach dem Aufstehen 1. Zigarette?	In 5 min	0
	In 6-30 min	1
	In 31-60 min	2
	Nach 60 min und später	3
Schwierigkeiten an Orten mit Rauchverbot nicht zu rauchen?	Ja	1
	Nein	0
Verzicht auf welche Zigarette?	Die Erste am Morgen	1
	Andere	0
Rauchen von wie viel Zigaretten im Allgemeinen täglich?	Bis 10	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 und mehr	3
Mehrrauchen in den ersten Stunden des Tages?	Ja	1
	Nein	0
Rauchen bei Krankheit und daher nicht aufstehen?	Ja	1
	Nein	0
Fragebogenhauptteil/Antwortmöglichkeiten	Völlig	6
	Ziemlich	5
	Eher ja	4
	Teils/teils	3

	Eher nicht	2
	Überwiegend nicht	1
	Nicht	0
	Trifft nicht zu/kann nicht beantwortet werden	99

2.8.2. Auswertung

Zunächst wurden deskriptive statistische Auswertungen erstellt. Die weiterführende statistische Auswertung erfolgte mit folgenden Softwarepaketen:

- OPEN OFFICE CALC.
- STATISTIKA

Dabei kamen die statistischen Verfahren t-Test, Chi-Quadrat-Test, Mann Whitney-U-Test und Bonferroni-Korrektur zum Einsatz, die im Folgenden beschrieben werden sollen.

2.8.2.1. t-Test

Beim t-Test handelt es sich um ein statistisches Verfahren, mit dem Mittelwertsunterschiede zwischen Stichproben auf ihre statistische Signifikanz hin überprüft werden.

Gesucht wird die Antwort auf die Frage, wie groß die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer Differenz zwischen zwei Mittelwerten ist, bei denen die Stichproben der berechneten Mittelwerte aus der gleichen Grundgesamtheit kommen. Für diese Wahrscheinlichkeit wird ein p-Wert berechnet, der mit einem Wert kleiner 0,05 (5%) nach Übereinkunft als signifikant gilt.

Grundlage für die Berechnung des t-Tests sind das Vorliegen der arithmetischen Mittel, die Stichprobengrößen und die Streuungen (Varianzen). Der t-Test zählt zu den parametrischen Tests. Eine weitere Voraussetzung sind intervallskalierte Daten und normalverteilte Grundgesamtheiten.

Für abhängige und unabhängige Stichproben liegt der t-Test in verschiedenen Varianten vor (Bortz, 2005).

2.8.2.2. *Chi-Quadrat-Test*

Der χ^2 -Test ist ein Anpassungstest. Mit ihm lässt sich prüfen, ob die beobachtete Verteilung der vorgegebenen Verteilung entspricht. Der Chi-Quadrat-Test wird zur Überprüfung von Häufigkeitsverteilungen eingesetzt, also bei Variablen mit nominalem Skalenniveau (Bortz, 2005)

2.8.2.3. *Mann-Whitney-U-Test*

Der Mann-Whitney-U-Test wird zur Identifizierung signifikanter Differenzen einzelner Mittelwerte verwendet. Der Mann-Whitney-U-Test gehört zu den stärksten Tests, um einen Zusammenhang zwischen einer zweistufigen nominalskalierten Variablen und einer ordinalskalierten Variablen zu testen. Er dient auch zur Testung des Unterschiedes zweier unabhängigen Stichproben hinsichtlich ordinal skalierten Variablen. Im Gegensatz zum t-Test handelt es sich um einen non-parametrischen Test (Bortz, 2005)

2.8.2.4. *Bonferroni-Korrektur*

Wissenschaftlichen Untersuchungen liegen in der Regel Hypothesen, die es zu überprüfen gilt, zu Grunde. Möglichkeiten für Fehler der statistisch gewonnen Aussagen liegen grundsätzlich vor, da meist nur Stichproben untersucht werden. Die Möglichkeit eines Fehlers - das so genannte Signifikanzniveau α -, die maximal toleriert werden soll, ist allgemein festgelegt auf 5%. Die

Wahrscheinlichkeit, ein auf diesem Niveau signifikantes Ergebnis zufällig zu erhalten, nimmt mit der Anzahl der durchgeführten Tests zu. Die Bonferroni-Korrektur ist eine häufig verwendete Methode, um die Wahrscheinlichkeit falsch-positiver Befunde bei multiplen Tests zu kontrollieren. Dabei dividiert man das a priori festgesetzte Signifikanzniveau – üblicherweise und auch hier 0,05 - durch die Zahl der durchgeführten Tests. Alle Werte kleiner als dieses korrigierte Bonferroni-Signifikanz-Niveau (multiples Niveau) gelten als statistisch signifikant (Victor, 2010) (Bortz, 2005), d.h. die Schwelle, einen Befund als „signifikant“ zu werten, wird dadurch deutlich erhöht.

2.9. Ergebnisübermittlung an die Stationen

Die Diskussion der Ergebnisse und eine Ableitung möglicher Veränderungen erfolgten für die klinischen Zwecke zunächst durch die Mitarbeiter des Qualitätsmanagements und die jeweiligen ärztlich-pflegerischen Abteilungsleitungen. Weiter erhielt jede Station seitens der Autorin als Gegenleistung für die Mitarbeit eine Rückmeldung allgemeiner und stationsbezogener Daten in Form eines Posters (siehe auch Muster im Anhang). Diese Poster wurden an für alle Patienten und Mitarbeiter einer jeweiligen Station frei zugänglichen Stellen ausgehängt.

3. Ergebnisse

3.1. Fragebogenkopfteil mit FTND

3.1.1. Teilnehmerquoten

Die Zahl der zurückerhaltenen Fragebögen betrug 933 (410 von Mitarbeitern (43,9 %¹) und 523 von Patienten (56,1 %)). Hieraus errechnete sich eine Rücklaufquote von insgesamt 78,5 % (74,6 % bei den Patienten und 84,2 % bei den Mitarbeitern).

3.1.2. Stichprobenbeschreibung

Das Geschlechterverhältnis der gesamten Stichprobe (Mitarbeiter und Patienten) lag bei 46,0 % Männer (n = 382) zu 54,0 % Frauen (n = 448). 103 der Befragten machten keine Angaben zum Geschlecht (16,6 %). Die Altersverteilung in Dekaden für Mitarbeiter und Patienten ist der Abbildung 1 zu entnehmen.

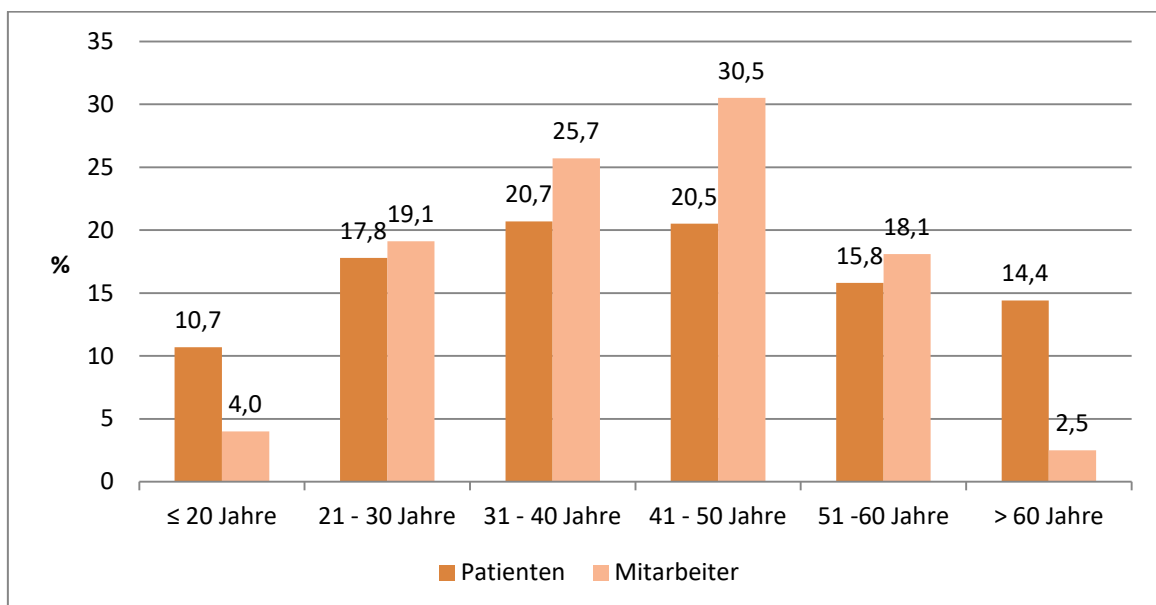


Abbildung 1: Altersverteilung der Mitarbeiter und Patienten (%) (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

¹ Die Summe einzelner Anteile ergibt aufgrund der Aufrundungen nicht immer genau 100 %.

In der Gesamtpopulation fanden sich 51,0 % Nichtraucher (n = 476) und 47,4 % Raucher (n = 442). 15 Befragte (1,6 %) machten keine Angaben zum Raucherstatus. Bei den Patienten rauchten 40,7 % (n = 213) nicht (Missings 1,3 %, n = 7), bei den Mitarbeitern lag der Anteil der Nichtraucher bei 64,2 % (n = 263, Missings 2,0 %, n = 8).

3.1.3. Stichprobenmerkmale der Mitarbeiter

Die Untergruppe der Mitarbeiter setzte sich zu 36,8 % aus Männern (n = 145) und zu 63,2 % (n = 249) aus Frauen zusammen, 16 (3,9 %) machten keine Angaben zum Geschlecht (siehe auch Tabelle 4).

3.1.3.1. Berufsgruppen

Bezüglich der Berufsgruppe machten 369 Mitarbeiter Angaben (Missings = 41). Insgesamt handelte es sich um 109 Mitarbeiter (29,5 %) aus dem ärztlichen, therapeutischen und sozialarbeiterischen Bereich und 260 Mitarbeiter (70,5 %) aus dem Bereich der Pflege (siehe auch Abbildung 2).

Der Anteil der Mitarbeiterinnen im ärztlichen, sozialarbeiterischen und therapeutischen Dienst lag bei 57,8 % (n = 63) im Vergleich zu 42,2 % (n = 46) Männern dieser Beschäftigungsgruppe. Der Anteil der Mitarbeiterinnen der Pflege lag bei 64,2 % (n = 167) im Vergleich zu 35,8 % (n = 93) Männern.

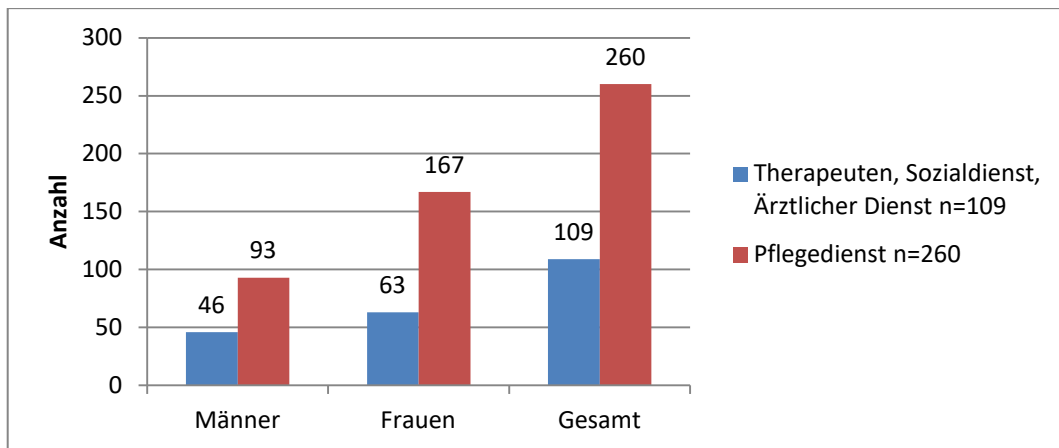


Abbildung 2: Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den jeweiligen Berufsgruppen (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

3.1.3.2. Beschäftigungsumfang

362 Mitarbeiter (88,3 %) machten Angaben zum aktuellen Beschäftigungsumfang. Von den 107 antwortenden Mitarbeitern aus dem Sozialdienst, dem ärztlichen Personal und dem weiteren Therapeutenteam arbeiteten 81,7 % (n = 89) mit einem Beschäftigungsumfang von mehr als 50 %. Bei diesen Berufsgruppen arbeiteten 16,5 % (n = 18) in Teilzeit $\leq$ 50 %. Bei der Pflege hatten 67,2 % (n = 176) eine Stelle mit einem Beschäftigungsumfang von mehr als 50 %. Weniger als oder genau 50 % arbeiteten 30,2 % (n = 79) des Pflegepersonals.

3.1.4. Stichprobenmerkmale der Patienten

Bei den Patienten fanden sich 54,3 % Männer (n = 237) und 45,6 % Frauen (n = 199). 87 (16,6 %) der befragten Patienten machten keine Angabe zum Geschlecht.

3.1.5. Anzahl stationärer Aufenthalte

Tabelle 3: Mittelwert der Anzahl stationärer Aufenthalte der Patienten (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

	n	Mittelwert MW	Min./Max.	Standardabweichung SD
Gesamt	436	4,15	1 / 52	5,63
Männer	209	4,75	1 / 52	6,67
Frauen	167	3,34	1 / 25	3,89

Bezüglich der Anzahl stationärer Aufenthalte (einschließlich des jetzigen Aufenthaltes) ergaben sich die in Tabelle 3 dargestellten Mittelwerte (Missings = 87). Der Mittelwert lag für alle Patienten bei 4,15 (SD 5,63). In der Gruppe der männlichen Patienten (n = 209) lag er bei 4,75 (SD 6,67), bei den weiblichen Patienten (n = 167) dagegen bei 3,34 (SD 3,89). Männer hatten signifikant ($T = 2,431$, $p = 0,015$) mehr stationäre Aufenthalte als Frauen. Die Häufigkeitsverteilung der Dauer des aktuellen Aufenthaltes ist Abbildung 3 zu entnehmen.

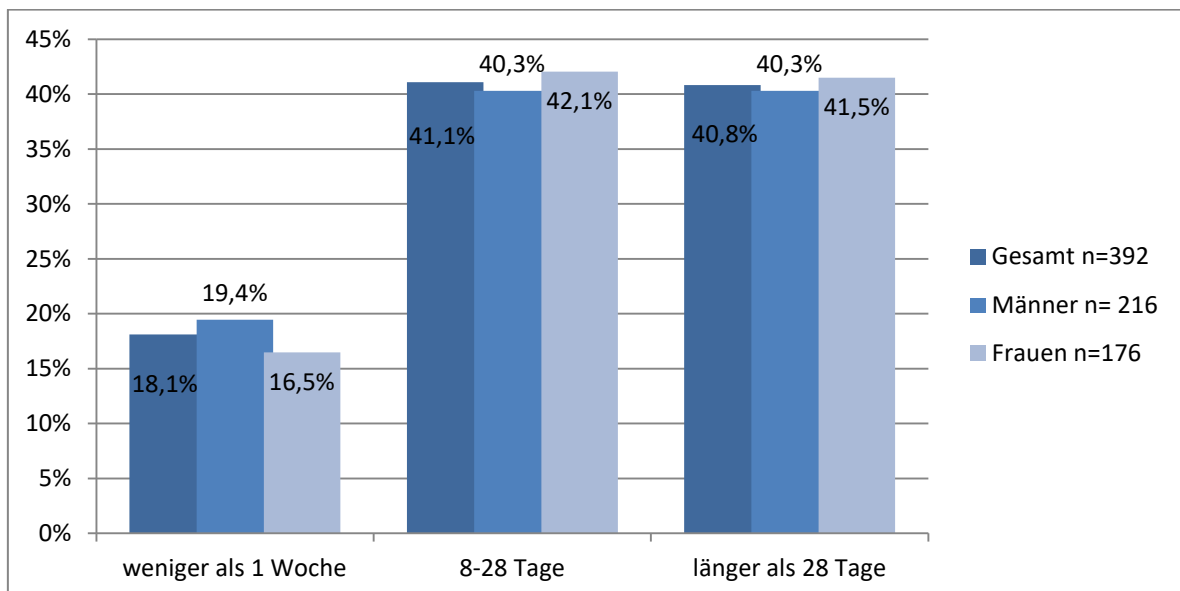


Abbildung 3: Relative Häufigkeiten der Dauer des aktuellen Aufenthaltes für alle Patienten und für Männer und Frauen getrennt betrachtet (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

3.1.6. Mitarbeiter und Patienten im Vergleich

Tabelle 4: Geschlechterverteilungen der Patienten und Mitarbeiter (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

	Gesamt	Patienten (P)	Mitarbeiter (M)	Missings
Befragte	933	523 (56,1 %)	410 (43,9 %)	-
Geschlechterverteilung	830	♂ = 237 (54,4 %) ♀ = 199 (45,6 %)	♂ = 145 (36,8 %) ♀ = 249 (63,2 %)	P = 87 M = 16

Tabelle 4 zeigt die Geschlechterverteilung bei den Patienten und Mitarbeitern.

Aus Abbildung 1 geht hervor, dass der Anteil der unter 20-jährigen bei den Patienten über beide Geschlechter 10,7 % (n = 55), bei den Mitarbeitern 4,0 % (n = 16) betrug. Der Anteil der über 60-jährigen lag bei den Patienten bei 14,5 % (n = 74) und bei den Mitarbeitern bei 2,5 % (n = 10).

3.2. Ergebnisse zum Rauchen

Von allen Rauchern gaben 398 (87,1 %) an, täglich zu rauchen. 44 (9,6 %) rauchten nicht täglich. 15 Befragte (3,3 %) machten keine Angaben zum aktuellen Raucherstatus.

Aus der Gesamtheit aller Raucher bejahten 287 (66,0 %), schon einmal versucht zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören, 241 (54,5 %) beantworteten die Frage nach dem Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören mit „Ja“ (Missings: 19 = 4,3 %). Hierbei wünschten sich 151 (34,2 %) Hilfe (Missings: 9 = 2,0 %).

3.2.1. Vergleich rauchende Patienten/rauchende Mitarbeiter

Bei diesen beiden untersuchten Gruppen fanden sich zum Teil erhebliche Unterschiede. Rauchten bei den Patienten 303 Männer und Frauen, was 57,9 % entsprach, so lag der gesamte Raucheranteil der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

bei 33,9 % (n = 139). Patienten waren somit signifikant häufiger tägliche Raucher als Mitarbeiter (Chi-Quadrat = 20,285; $p < 0,001$). Entsprechend gaben von den rauchenden Patienten 94,4 % (n = 286) an, dass sie täglich rauchen, dagegen waren es bei den Mitarbeitern nur 80,6 % (n = 112) ($p < 0,001$). Die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten in der Verteilung auf Patienten und Mitarbeitern ist der Abbildung 4 zu entnehmen.

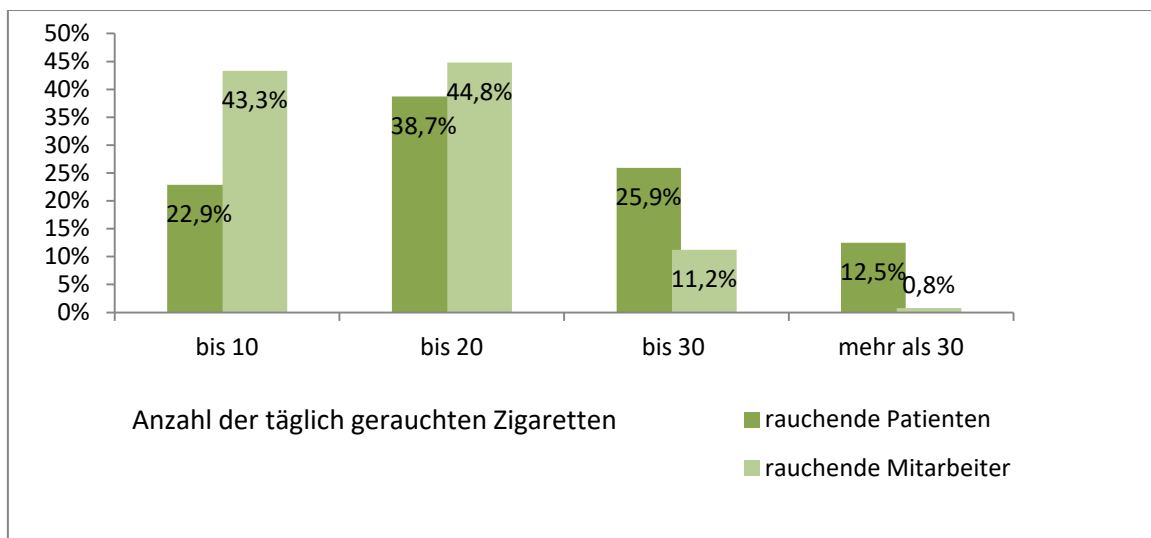


Abbildung 4: Häufigkeiten der täglich gerauchten Zigaretten bei Patienten und Mitarbeitern (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

Rauchende Patienten konsumierten, verglichen mit den Mitarbeitern, täglich eine signifikant höhere Anzahl von Zigaretten (Chi-Quadrat 37,71677; $p < 0,001$).

Der durchschnittliche FTND-Summenwert aller Raucher betrug 4,07 (SD = 2,58). Betrachtet man die Untergruppen der Teilnehmer (siehe auch Tabelle 6), so fand sich bei den Patienten ein durchschnittlicher FTND-Summenwert von 4,82 (SD = 2,37) und bei den Mitarbeitern ein Wert von 2,50 (SD = 2,29). Dieser Unterschied ist hoch signifikant ($T = 9,589$, $p < 0,001$) (Abbildung 5). Die Patienten dieser Erhebung waren demnach auch stärker nikotinabhängig als die Mitarbeiter.

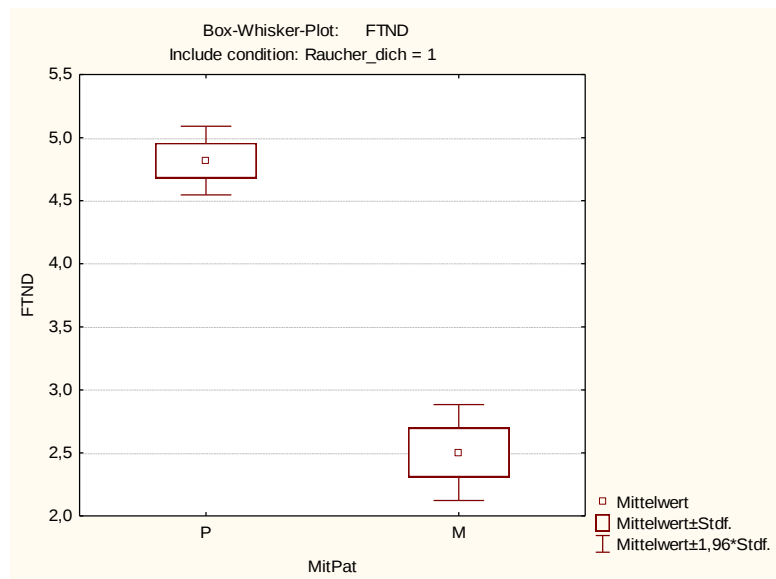


Abbildung 5: Mittelwertvergleich bzgl. „Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit“ (FTND)-Summenwerts bei Patienten und Mitarbeitern (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

Noch deutlicher ist der signifikante Unterschied zwischen den Anteilen der Patienten und Mitarbeiter mit schwerer Nikotinabhängigkeit ($FTND \geq 7$). 28,2 % der Patienten erreichten dieses Kriterium, dagegen nur 2,2 % aller rauchenden Mitarbeiter (Chi-Quadrat 50,597; $p < 0,001$).

Bei der Befragung nach erfolgten Versuchen, das Rauchen aufzugeben, fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten und Mitarbeitern. Aus der Gruppe der aktuell rauchenden Patienten gaben 65,0 % ($n = 193$) an, dies bereits versucht zu haben, bei den aktuell rauchenden Mitarbeitern waren es 68,1 % ($n = 94$). Ebenso fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten und Mitarbeitern beim Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören. Diese Frage beantworteten 57,7 % ($n = 168$) der rauchenden Patienten und 55,3 % ($n = 73$) der rauchenden Mitarbeiter mit „Ja“. 35,3 % ($n = 104$) der Patienten und 34,1 % ($n = 47$) der Mitarbeiter wünschten sich bei der Raucherentwöhnung Hilfen durch Beratung oder einen Kurs, was sich ebenfalls nicht signifikant unterschied.

3.2.2. Nach Geschlechtern getrennter Vergleich der rauchenden Mitarbeiter und Patienten

Die einzelnen Daten zu Raucheranteil, täglichem / nicht täglichem Rauchen, Aufhörversuchen, Aufhörwunsch und Hilfe dabei sind getrennt für Patienten und Mitarbeiter im Detail aus Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5: Daten zu Raucheranteil, täglichem/nicht täglichem Rauchen, Aufhörversuchen, Aufhörwunsch und Hilfe dabei nach Geschlechtern getrennt für Patienten und Mitarbeiter (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

	Anteil Raucher (%)	Nicht- tägliches/täglich es Rauchen	... schon versucht, das Rauchen aufzuhören	... Wunsch mit dem Rauchen aufzuhören	... Wunsch nach Hilfe bei einem Aufhörversuch
Mitarbeiterinnen	32,3 % (n = 80)	17,5 % (n = 14)/ 82,5 % (n = 66)	65,0 % (n = 52)	56,6 % (n = 43)	33,8 % (n = 27)
Mitarbeiter	39,3 % (n = 57)	22,8 % (n = 13)/ 77,2 % (n = 44)	73,2 % (n = 41)	53,7 % (n = 29)	33,9 % (n = 19)
Patientinnen	47,7 % (n = 94)	5,3 % (n = 5) / 94,7 % (n = 89)	69,6 % (n = 64)	56,7 % (n = 51)	33,7 % (n = 31)
Patienten	68,4 % (n = 162)	5,6 % (n = 9) / 94,4 % (n = 153)	64,2 % (n = 102)	58,1 % (n = 90)	38,6 % (n = 61)

Patienten rauchten häufiger als Patientinnen, Mitarbeiter häufiger als Mitarbeiterinnen. Die Unterschiede waren nicht statistisch signifikant.

Die Diagramme der Abbildung 6 zeigen, wie hoch die Anteile der Raucher - nach Status und Geschlecht getrennt – bezogen auf die täglich gerauchte Zigarettenmenge waren.

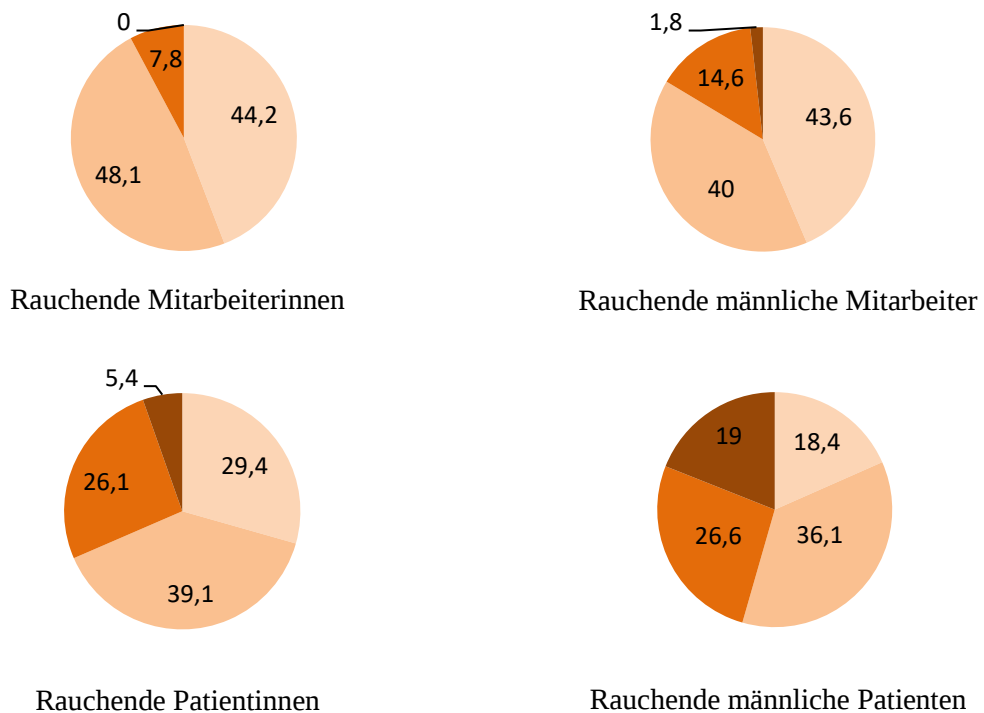


Abbildung 6: Verteilung der in den Untergruppen täglich gerauchten Zigaretten in % gemäß:



(Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

3.2.2.1. *Rauchende männliche Patienten*

Diese Gruppe stellte den größten Anteil an Rauchern und in dieser Gruppe den größten Anteil derer, die sich Hilfe bei einem Aufhörversuch wünschten.

Die FTND Summenwerte aller Raucher und entsprechender Untergruppen sind Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6: „Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit“ (FTND)-Summenwerte für einzelne Untergruppen (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

Gruppe	FTND Summenwert	N
Alle Raucher	4,07	431
Männer	4,39	210
Frauen	3,47	172
Alle Patienten	4,82	292
♂	5,07	153
♀	4,39	92
Alle Mitarbeiter	2,50	139
♂	2,54	57
♀	2,41	80

Männer waren demnach insgesamt signifikant stärker nikotinabhängig als Frauen ($T = 3,451$, $p < 0,01$). Patienten waren signifikant stärker nikotinabhängig als Patientinnen ($T = 2,140$, $p < 0,05$). In diesem Bezug fand sich zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kein signifikanter Unterschied.

3.2.3. Stationsvergleich

3.2.3.1. *Rauchende Patienten*

Bezüglich des Rauchverhaltens unterschieden sich die Patienten der befragten Stationen gemäß den dort behandelten Erkrankungen. Die höchsten Werte bezüglich des Anteils rauchender Patienten fanden sich auf den Stationen für Abhängigkeitserkrankungen. Im Mittel betrug der Anteil der Raucher hier 83,8 %. Auf den allgemeinspsychiatrischen Stationen lag der Raucheranteil zwischen 37,5 % (allgemeinspsychiatrische Tagesklinik) und 83,3 % (Reha-Station für schwer Erkrankte). Der absolut höchste Anteil rauchender Patienten fand sich auf der Station für Abhängige von illegalen Drogen (100 %) und der geringste Anteil auf der neurologischen Station (7,4 %).

Insgesamt äußerten von allen rauchenden Patienten 57,7 % (n = 168) den Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören. Ein überdurchschnittlich großer Anteil der Befragten wollte auf folgenden Stationen mit dem Rauchen aufhören: auf der Depressionsstation (72,7 %), auf der neurologischen Station (100 %), auf einer Epilepsiestation (83,3 %), in der Sinovaklinik (Psychotherapie) (77,8 %) und zwei forensischen Stationen (100 %, aber der einzige Raucher auf dieser Station, und 80,0 %).

Die Anteile rauchender Patienten, die bei einem Rauchstopp Hilfe wünschten, finden sich für ausgewählte Stationen in Tabelle 7.

Tabelle 7: Anteile rauchender Patienten ausgewählter Stationen, die bei einem Aufhörversuch Hilfe wünschen würden (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

Stationsart auf der die Patienten behandelt wurden	Anteil der Raucher mit dem Wunsch nach Hilfe bei Raucherentwöhnung	n
Alle rauchenden Patienten	35,3 %	104
Depressionsstation	63,6 %	14
Gerontopsychiatrische Station	66,7 %	2
Epilepsiestation	0 %	0
Neurologische Station	0 %	0
allgemeinpsychiatrische Aufnahmestationen 54/57	45,5 %/47,8 %	5/11
Station für niederschweligen Drogenentzug 64	18,2 %	4

3.2.3.2. Rauchende Mitarbeiter

Bei den rauchenden Mitarbeitern (33,3 %, n = 139) wünschten 56,6 % mit dem Rauchen aufzuhören. Ausgewählte Werte zu Stationen und Abteilungen finden sich in Tabelle 8.

Tabelle 8: Anteil rauchender Mitarbeiter einzelner Abteilungen, die wünschten, mit dem Rauchen aufzuhören (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

Abteilung/Station	Anteil der rauchenden Mitarbeiter, die wünschten aufzuhören	n
Gesamt	56,6 %	73
Depressionsstation	25,0 %	1
Suchtabteilung	46,7 %	7
Forensische Abteilung	72,2 %	13
Kinder-und Jugendpsychiatrie	61,1 %	11
Allgemeinpsychiatrische Aufnahmestationen	57,1 %	12

Im Durchschnitt wünschten sich bei einem Versuch, das Rauchen aufzuhören, 34,1 % aller rauchenden Mitarbeiter Hilfe. Hierzu zeigt Tabelle 9 Zahlen ausgewählter Abteilungen und Stationen im Vergleich.

Tabelle 9: ausgewählter Anteil rauchender Mitarbeiter, die Hilfe bei einem Aufhörversuch wünschten, nach Abteilungen getrennt (Ergebnisse Stichtagsbefragungen 11/2007 und 02/2008 am ZfP Weissenau)

Abteilung/Station	Anteil der rauchenden Mitarbeiter, die Hilfe bei einem Aufhörversuch wünschten	n
Gesamt	34,1 %	47
Epilepsiestation	57,1 %	4
Geriatrische Stationen	45,0 %	9
Suchtabteilung	33,3 %	5
Station für niederschwelligen Drogenentzug	0 %	0
Akutaufnahme Sucht	66,7 %	4
Depressionsstation	0 %	0

3.2.4. Fragebogenhauptteil

3.2.4.1. Vergleiche der Antwortmittelwerte einzelner Untergruppen

Die erhaltenen Ergebnisse der Signifikanztests wurden aufgrund der multiplen Testung einer Korrektur des Signifikanzniveaus nach Bonferroni unterzogen. Das Signifikanzniveau für die Annahme eines signifikanten Unterschieds wurde deshalb bei 34 getrennten Auswertungen auf $0,05 : 34 = 0,001470$ heraufgesetzt.

Die Ergebnisse der folgenden 4 möglichen Unterpaarungen sollen betrachtet werden:

- rauchende Patienten/rauchende Mitarbeiter (1)
- rauchende Patienten/nicht rauchende Patienten (2)
- rauchende Mitarbeiter/nicht rauchende Mitarbeiter (3)
- nicht rauchende Mitarbeiter/nicht rauchende Patienten (4)

(1) Rauchende Patienten empfanden signifikant häufiger eine finanzielle Belastung durch das Rauchen, betonten aber auch häufiger als rauchende Mitarbeiter, den schnellsten Kontakt auf der jeweiligen Station durch das Rauchen zu bekommen. Sie gaben häufiger Mehrrauchen durch die Anwesenheit im Zentrum für Psychiatrie an und waren signifikant häufiger der Ansicht, einen großen Teil der Zigaretten aus Langeweile zu rauchen, so dass sie sich besser organisierte Abläufe wünschten, um weniger zu rauchen. Aus ihrer Sicht wurde die Zigarette auch häufiger als Belohnung verwendet. Sie stimmten häufiger der Aussage zu, dass auf der jeweiligen Station ein raucherfreundliches Klima herrsche, die Ausstattung für Raucher angenehm und einladend gestaltet sei und auch, dass dieses Angebot besser sei als das entsprechende Angebot an die nicht rauchenden Patienten.

(2) Unter den Patienten betonten die Nichtraucher signifikant häufiger, dass Mitarbeiter, die rauchen, weniger Zeit für die Patienten haben und wünschten sich zudem die Möglichkeiten des Rauchens auf den jeweiligen Stationen mehr einzuschränken. Auch unmittelbare Folgen des Rauchens (Riechen der Kleidung

nach Verlassen eines Zimmers, in dem geraucht wurde und nach Rauch riechende Mitarbeiter) störten sie signifikant häufiger. Die Raucher in dieser Gruppe machten sich erstaunlicher Weise mehr Sorgen um die gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens als ihre nicht rauchenden Mitpatienten. Erwartungsgemäß gaben sie signifikant häufiger als Nichtraucher an, den schnellsten Kontakt beim Rauchen zu haben und wünschten sich eine Ausweitung der Einrichtungen zum Rauchen.

(3) In der Gruppe der Mitarbeiter, unterteilt in Raucher und Nichtraucher, fanden sich über alle verglichenen Unterpaarungen die meisten signifikanten Unterschiede in den Einstellungen. Die Nichtraucher unter den Mitarbeitern betonten zum Beispiel stärker, dass rauchende Mitarbeiter weniger Zeit für Patienten hätten, dass sie einem rauchenden Arzt oder Pfleger weniger vertrauen würden und dass es sie stören würde, Mitarbeiter beim Rauchen zu sehen. Sie wünschten sich intensiver (ebenso wie die Gruppe der nichtrauchenden Patienten) eine Einschränkung der Möglichkeiten auf der Station zu rauchen. Hingegen waren rauchende Mitarbeiter im Vergleich signifikant häufiger der Meinung, die Möglichkeiten zum Rauchen sollten erweitert werden, beurteilten auch die Möglichkeiten, durch eine Zigarette eine kritische Situation zu entspannen, signifikant positiver und bewerteten die Gemütlichkeit des Raucheraufenthaltsraumes auf der jeweiligen Station angenehmer als ihre nicht rauchenden Kollegen.

(4) Mit nur 4 signifikanten Unterschieden fand sich eine sehr hohe Übereinstimmung der Einstellungen zum Rauchen in der Gruppe aller nicht rauchenden Patienten und Mitarbeiter. Zu erwähnen ist, dass nicht rauchende Mitarbeiter eine Zigarette eher als Entspannungsmittel in kritischen Situationen bewerteten als nicht rauchende Patienten. Nicht rauchende Patienten empfanden dagegen signifikant mehr als nicht rauchende Mitarbeiter, dass Zigaretten aus Langeweile geraucht würden und wünschten sich daher auch, dass Abläufe besser organisiert werden müssten, um weniger zum Rauchen animiert zu werden. Sie stimmten auch signifikant mehr der Aussage zu, dass sich die Patienten an das jeweils herrschende Rauchverbot hielten.

3.2.4.2. Besonderheiten einzelner Stationen

Im Folgenden sollen Vergleiche einzelner Stationen bezüglich der Mittelwerte der Antworten im Bezug auf den allgemeinen Mittelwert erfolgen und einzelne signifikante Ergebnisse genannt werden.

So fand sich für die Aussage „Auf unserer Station herrscht ein raucherfreundliches Klima“ (Frage 4.2; allgemeiner Mittelwert 3,2; SD = 1,87) der höchste Antwortwert, was der größten Zustimmung entspricht, auf einer Epilepsie-Station (MW = 4,38; N ges. = 16, $p < 0,001470$).

Ebenfalls alleinig signifikant abweichend vom Mittelwert (allgemeiner Mittelwert 1,36; SD = 1,75) beantwortete die neurologische Station die Aussage, „Die jeweilige Station macht manchmal einen schmuddeligen Eindruck wegen der Zigarettenkippen“ (Frage 4.12) mit der niedrigsten Zustimmung (MW = 0,18; N ges. = 22, $p < 0,001470$).

Auf einer Kinder- und Jugendstation stimmten die Befragten der Aussage „Die Möglichkeiten auf unserer Station zu rauchen sind einladend und angenehm gestaltet“ (Frage 5.4; allgemeiner Mittelwert 2,16; SD = 1,87) am wenigsten zu (MW = 0,55; N ges. = 11, $p < 0,001470$).

Die geringste Zustimmung fand die Aussage „Auf unserer Station gibt es einen gemütlichen Aufenthaltsraum für Nichtraucher“ (Frage 5.6; allgemeiner Mittelwert 3,87; SD = 2,17) auf der Drogenentzugsstation für Jugendliche „clean kick“ (MW = 2,24; N ges. = 37; $p < 0,001470$).

3.2.5. Freie Formulierungen

3.2.5.1. Patienten

Die freien Kommentare, die sich an den allgemeinen Fragebogenteil anschlossen, reichten bei den Patienten von Geruchsbelästigung durch die Kleidung rauchender Mitarbeiter, der Angst vor gesundheitlichen Folgen durch das Rauchen über die Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch das Rauchen bis zu

vehementen Aussagen, denen zu Folge Rauchen in einer psychiatrischen Einrichtung auf keinen Fall einzuschränken sei.

3.2.5.2. Mitarbeiter

Mitarbeiter äußerten vor allem Sorgen um die Folgen von Rauchverböten oder Einschränkungen auf Akutstationen und dass es nicht allen Patienten zumutbar wäre, sich für das Rauchen ins Freie zu begeben. Häufig wurde auch der Wunsch formuliert, Entscheidungen, die Veränderungen der Raucherzimmer und der Gestattung des Rauchens auf dem Klinikgelände betreffen, dringend transparent zu machen. Auf der anderen Seite äußerten sich Nichtraucher vor allem kritisch über die negative „Außenwirkung“ rauchenden Personals, die Inkonsequenz, diese Sucht in der psychiatrischen Klinik zu dulden und die oft schlechte Lage der Raucherzimmer. Durch letzteres sei mitunter ein großer Teil der Station durch Rauchgeruch belästigt.

Positiv wurde jedoch der rasche und gute Kontakt zu Patienten beim gemeinsamen Rauchen gesehen. Sehr vehement wurde recht häufig die Forderung, Rauchpausen nicht als Arbeitszeit zu werten, vorgetragen.

4. Diskussion

Die vorliegende Studie „Nichtraucherschutz im psychiatrischen Krankenhaus - eine Status quo-Erhebung“ ermittelte durch einen selbst entworfenen Fragebogen Merkmale und Einstellungstendenzen von Patienten und Mitarbeitern aller Stationen des psychiatrischen Krankenhauses „Die Weissenau“ zum Thema Rauchen.

Mit 933 Fragebögen ergab sich eine gute Rücklaufquote von 78,5 %. Mit 47,4 % aller Befragten fand sich eine sehr hohe Raucherquote: 57,9 % der Patienten und 33,9 % der Mitarbeiter. Die höchsten Werte bezüglich des Anteils rauchender Patienten fanden sich auf den Stationen für Abhängigkeitserkrankungen, im Mittel 83 %. Dieser Wert lag auf der Station für Abhängige von illegalen Drogen bei 100 %.

Auf einen erfolgten Rauchstoppversuch blickten 66,0 % aller Raucher zurück, 54,5 %, also mehr als die Hälfte, wünschten aktuell mit dem Rauchen aufzuhören und 34,2 % wünschten sich Hilfe hierbei. Bemerkenswert ist, dass sich in diesen Ergebnissen rauchende Patienten und Mitarbeiter nicht unterschieden (Grempler, et al., 2012). Rauchende Patienten konsumierten täglich eine signifikant höhere Anzahl von Zigaretten und waren signifikant stärker nikotinabhängig als die Mitarbeiter. Männer waren signifikant stärker nikotinabhängig als Frauen.

Rauchende Patienten betonten signifikant häufiger als rauchende Mitarbeiter, den schnellsten Kontakt auf der jeweiligen Station durch das Rauchen zu bekommen, gaben auch vermehrtes Rauchen durch die Anwesenheit im Zentrum für Psychiatrie an. Zudem waren sie signifikant häufiger der Ansicht, einen großen Teil der Zigaretten aus Langeweile zu rauchen und dass das Rauchen einer Zigarette als Belohnung verwendet werde.

Die nicht rauchenden Patienten stimmten der Aussage, dass rauchende Mitarbeiter weniger Zeit für sie hätten, signifikant stärker zu. Ebenso fanden sich bei ihnen auch signifikant größere Zustimmungen für die Aussagen, durch unmittelbare Folgen des Rauchens (Riechen der Kleidung nach Verlassen eines Zimmers, in dem geraucht wurde und nach Rauch riechende Mitarbeiter) gestört zu werden.

Nicht rauchende Mitarbeiter stimmten der Aussage, dass ihre rauchenden Kollegen weniger Zeit für Patienten hätten, ebenfalls signifikant mehr zu. Rauchende Mitarbeiter gaben der Aussage, Zigaretten seien eine Möglichkeit, eine kritische Situation zu entspannen, signifikant mehr Zustimmung.

Insgesamt fand sich eine hohe Zufriedenheit mit dem „Status quo“ der Raucherräumlichkeiten. Vereinzelt fand sich die Forderung nach Ausweitung der entsprechenden Räumlichkeiten und immer wieder wurde der hohe Stellenwert des Zigarettenrauchens zur Kontaktaufnahme und Beruhigung v.a. in der Aufnahmesituation betont.

4.1. Rücklaufquote

Die Rücklaufquote (78,5 %) ist als sehr gut zu bewerten, auch angesichts der Tatsache, dass ein Teil der befragten Patienten aufgrund von akuten Gesundheitseinschränkungen, die unter anderem zur stationären Aufnahme geführt hatten, nicht in der Lage war zu antworten. Die einzige vergleichbare deutsche Studie, die 2004 von Schulz et al. in Bielefeld durchgeführt wurde und das Rauchverhalten von Mitarbeitern und Patienten einer psychiatrischen Klinik untersucht hatte, erzielte eine Rücklaufquote von 66,2 % (Schulz, et al., 2004). Möglicherweise konnte in unserer Studie ein höherer Rücklauf erzielt werden, weil die Durchführung der Befragung auf jeder Station in die Verantwortung der jeweils benannten Qualitätsbeauftragten gelegt worden war, die über das zentrale Qualitätsmanagement der Klinik koordiniert werden. Da durch sie Gründe, warum jemand nicht in der Lage war, einen Bogen auszufüllen oder warum jemand erst gar keinen Bogen erhalten hatte, dokumentiert werden mussten, war sichergestellt, dass die Bögen an die Patienten tatsächlich persönlich ausgeteilt wurden und ein ausgeprägtes Bemühen bestand, die ausgefüllten Bögen auch wieder einzusammeln. Auch eine Ablehnung der Umfrage wurde so erfasst. In der Vergleichsstudie lag der Anteil antwortender Mitarbeiter (n = 301) um 16,4 % über dem der Patienten (n = 238), wir erfassten dagegen im Vergleich zu den Mitarbeitern (n = 410) einen um 12,2 % größeren Patientenanteil (n = 523). Mit 54 % nahmen bei unserer Befragung mehr Frauen als Männer teil (60 % bei (Schulz, et al., 2004)).

Sehr ähnlich wie in der Bielefelder Studie (49,8 % zu 50,2 %) fanden auch wir ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis von Rauchern und Nichtrauchern (47,4 % zu 51 %).

4.2. Stichprobenmerkmale der Mitarbeiter

Mit knapp 30 % entsprach die Berufsgruppe der Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter in etwa dem Anteil unter den Beschäftigten. In der Bielefelder Studie fand sich eine nicht weiter differenzierte Berufsgruppe „Ärzte“ mit 21,0 %.

Insgesamt waren die Frauen in beiden Berufsgruppen (Pflege versus ärztlicher, therapeutischer und sozialer Dienst) überrepräsentiert, da in beiden Berufsgruppen ein größerer Frauenbeschäftigungsanteil vorlag, somit mehr Frauen befragt wurden. Geschlechterbezogene Rücklaufquoten wurden nicht einzeln erhoben. In unserer Studie wurden auch bei den Mitarbeitern mehr Frauen (63,2 % gegenüber 57,7 % in der Studie (Schulz, et al., 2004)) befragt. Bezüglich der errechneten Raucherquote aller Mitarbeiter lag diese dann erwartungsgemäß – Frauen rauchen im Mittel seltener als Männer - niedriger als bei einer Geschlechtergleichverteilung. Erwähnenswert ist, dass beim pflegerischen Personal mit 30,2 % fast doppelt so viele Mitarbeiter halbtags oder weniger arbeiteten, als dies bei Mitarbeitern aus dem ärztlichen, therapeutischen und sozialen Dienst der Fall war (16,5 %).

4.3. Stichprobenmerkmale der Patienten

Bei den Patienten unserer Studie wurden mit 54,3 % mehr Männer als Frauen befragt, in der Studie aus Bielefeld war der Anteil dagegen genau umgekehrt. Mit 16,6 % gegenüber nur 2,5 % bei Schulz et al. war in unserer Befragung der Anteil der Patienten, die kein Geschlecht angegeben hatten, allerdings hoch.

Die befragten Patientinnen hatten im Mittel signifikant weniger stationäre Voraufenthalte als die männlichen Patienten. Vergleichszahlen liegen hierzu nicht vor. Möglicherweise war hierdurch das Antwortverhalten beider Gruppen in Fragen nach Stationsabläufen, die zu vermehrtem Rauchen führten, durch mehr

oder entsprechend weniger Erfahrung beeinflusst. Erwähnenswert ist auch, dass zum Zeitpunkt der Befragung schon mehr als 80 % aller Patienten länger als eine Woche in Behandlung waren und sich ein Großteil der befragten Patienten schon ausreichend in den Stationsalltag eingefunden hatte, was wiederum die Aussagekraft der Antworten stärkt. Diese Items wurden in der Vergleichsstudie aus Bielefeld nicht erhoben.

4.4. Ergebnisse zum Rauchen

Im Vergleich zu den Daten unserer Untersuchung – in der Gesamtpopulation rauchten 47,4 % - gab die deutschlandweite Mikrozensus-erhebung von Mai 2003 an, dass 33,2 % der Männer und 22,1 % der Frauen Raucher waren (über beide Geschlechter 27,4 %). Angaben in dieser Befragung bezogen sich allerdings auf die Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und darüber. Neuere Zahlen gehen in Deutschland von einem Anteil männlicher täglicher Raucher von 30 % und bei Frauen von einem Anteil von 19 % aus (Weber, 2007). In der Studie von Schulz et al. fanden sich 49,8 % Raucher über alle Probanden, Frauen rauchten zu 44 %, Männer zu 59 %. Wir fanden ähnliche Zahlen mit 57,3 % rauchenden Männern und 39,1 % rauchenden Frauen. Auch unter Betrachtung der aktuelleren Zahlen (Weber, 2007) fand sich damit unter Patienten und Personal unserer Studie ein fast doppelt so hoher Anteil an Rauchern wie im deutschlandweiten Vergleich. Sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in der von uns betrachteten Rauchergruppe rauchten Männer und Frauen jeweils im Verhältnis 3:2.

Wir fanden über beide Geschlechter einen über 10-mal höheren Anteil stark tabakabhängiger Patienten als Mitarbeiter. In unserer 3-fach skalierten Bewertung des FTND fanden wir, wie auch die Studie von Schulz et al. (allerdings 4-fach skaliert), deutlich mehr Mitarbeiter mit geringer Nikotinabhängigkeit als Patienten. Entsprechend waren in den Kategorien mittlere und schwere Tabakabhängigkeit anteilmäßig Patienten stärker vertreten. Gleichsinnig verhielten sich auch die Zahlen der täglich konsumierten Zigaretten.

Der gefundene signifikante Unterschied im FTND-Wert der weiblichen gegenüber den männlichen Rauchern fand sich in der Studie von Schulz et al. aus Bielefeld gleichsinnig. Allerdings unterschieden sich die FTND-Werte in beiden

Erhebungen deutlich (Raucherinnen/Raucher in Bielefeld im Summenwert mit 1,98 zu 2,32 und bei uns mit 3,47 zu 4,39). Dieses Ergebnis bildet die bei uns sehr hohe gemessene Abhängigkeit ab.

Der von uns gefundene Anteil von 66 % der Raucher, die bereits versucht hatten, das Rauchen aufzuhören, lag etwas höher als angegebene 63 % in Befragungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Geisler, 2008). In dieser Umfrage war mit über 50 % der Anteil derer, die das Rauchen aufzugeben wünschten, gleich hoch wie in unserer Erhebung. In diesem Wunsch unterschieden sich Patienten und Mitarbeiter bei uns auch nicht. Die Werte waren aber vergleichsweise niedriger als in einer britischen National Statistics - Erhebung aus 2004, in der von allen Rauchern 68 % der Männer und 65 % der Frauen das Rauchen gerne aufgeben wollten (Bloor, et al., 2006).

4.4.1. Mitarbeiter

Über beide Geschlechter rauchten 33,9 % der Mitarbeiter. Frauen rauchten in unserer Erhebung zu 32,3 %, Männer zu über 39 %. Diese Zahlen sind insgesamt mit anderen Untersuchungen in psychiatrischen Einrichtungen durchaus vergleichbar und stützen auch die häufig gemachte Beobachtung von mehr rauchendem Personal in psychiatrischen Einrichtungen (Rowe & Clark, 2000). Die Studie aus Bielefeld fand einen Raucheranteil unter allen Mitarbeitern von 41 %. Somit fanden sich unter unseren Mitarbeitern vergleichsweise weniger Raucher, was sich aber nur zu einem Teil durch den etwas größeren männlichen Mitarbeiteranteil in Bielefeld erklären lässt. Vergleichszahlen aus Japan nennen bei Personal in einer psychiatrischen Vollversorgungsklinik 29 % rauchende Frauen und 76,6 % rauchende Männer (Kawai & Abe, 2007). Der Grund, weshalb diese Ergebnisse gerade beim männlichen Personal so stark divergieren, mag unter anderem in der allgemein sehr hohen Raucherquote bei japanischen Männern liegen, die 2009 mit 38,2 % in der Allgemeinbevölkerung ca. 4-mal höher lag als bei japanischen Frauen (10,9 %).

Signifikante Unterschiede für den Grad der Nikotinabhängigkeit fanden sich unter den Geschlechtern der Mitarbeiter in unserer Studie nicht. Allerdings lag der durchschnittliche FTND-Wert mit 2,5 deutlich über dem zum Vergleich aus der

Bielefelder Studie herangezogenen Wert von 1,6. Dies spiegelt den hohen Abhängigkeitsgrad der bei uns befragten Mitarbeiter wieder.

Bei den rauchenden männlichen Mitarbeitern fand sich mit 73 % ein vergleichsweise höherer Anteil derer, die bereits versucht hatten, das Rauchen aufzugeben. 56 bzw. 54 % der Mitarbeiter (♀/♂) wünschten zum Befragungszeitpunkt, das Rauchen zu beenden. Im Vergleich dazu fanden sich in Bielefeld 37 % über beide Geschlechter (Schulz, et al., 2004). Dieser bei uns deutlich höher gemessene Wert ist möglicherweise erklärbar durch die seither zunehmend geführte Diskussion um Risiken des Rauchens. Eine Studie aus Nordirland fand bei rauchenden Krankenschwestern sogar eine Quote von 75 % mit Aufhörwunsch (McKenna, et al., 2001). Bei diesen Zahlen muss allerdings berücksichtigt werden, dass sich aufgrund der in den Befragungen meist sehr unkonkreten zeitlichen Formulierungen sehr unterschiedliche Vorstellungen (sofort, in absehbarer Zukunft, irgendwann) bei den Antwortenden ergeben, was eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse nur bedingt zulässt.

Gut ein Drittel der rauchenden Mitarbeiter beider Geschlechter wünschten sich in unserer Studie Unterstützung bei einem Rauchfrei-Versuch.

4.4.2. Patienten

Ein gefundener hoher Wert mit 57,9 % rauchenden Patienten bei uns deckte sich in etwa mit 62 % in der Studie aus Bielefeld. Insgesamt lagen die Zahlen in unserer Untersuchung etwas niedriger, was sich unter anderem auch durch insgesamt stetig leicht rückläufige Raucherzahlen über die letzten Jahre erklären lässt. Eine Übersichtsarbeit gibt niedrigere Raucherquoten unter Patienten in psychiatrischen Kliniken von 35 - 54 % an (Batra, 2000). Die Divergenz der Ergebnisse könnte u.a. aus einer unterschiedlichen Zusammensetzung bezüglich der Diagnosen der befragten Patienten und auch aus unterschiedlichen Geschlechteranteilen herrühren.

Geschlechtsbezogen betrug der Anteil der Raucher in unserer Erhebung 47,7 % bei den Frauen und 68,4 % bei den Männern. Auffällig war, dass sich in der zum Vergleich herangezogenen Studie aus Bielefeld der durchschnittliche FTND-Wert

mit 2,47 bei den Patienten deutlich von unserem Wert von 4,82 unterschied. Der hohe gemessene Abhängigkeitsgrad könnte auch hier im Geschlecht - höherer Anteil befragter Männer – und in der Zusammensetzung der Stichprobe – Befragung u.a. auf 3 Suchtstationen und 6 forensischen Stationen, auf denen sich erfahrungsgemäß immer stark nikotinabhängige Raucher finden – begründet sein.

Wir konnten etwas über 50 % unter allen rauchenden Patienten identifizieren, die den Wunsch äußerten, mit dem Rauchen aufzuhören. Eine Erhebung unter Patienten einer psychiatrisch/psychosomatischen Klinik in Berlin aus dem Jahr 2003 fand 40 % Raucher, die gerne aufhören würden (Fähndrich & Kieser, 2003). Auch in Bielefeld fielen die Werte zu dieser Frage 2004 mit 37 % bei Patienten (und 35 % bei Mitarbeitern), deutlich geringer aus. Möglicherweise ist dies bedingt durch die –schon erwähnte - seit 2004 zunehmend intensiver geführte Diskussion um negative Folgen des Rauchens und Passivrauchens und anstehende und erfolgte gesetzliche Regelungen, was mittlerweile das Problembewusstsein diesbezüglich erhöht haben könnte. Wünschenswert wären zur Beantwortung dieser wichtigen Frage Folgeuntersuchungen an derselben Klinik mit derselben Methode, was in Weissenau auch geplant ist.

3 bzw. 2 Jahre nach der Erhebung der Zahlen in Bielefeld ergab dagegen eine japanische Studie 75,7 % Aufhörungswunsch unter den Patienten (Kawai & Abe, 2007) und auch in einer kalifornischen Studie hatten 65 % aller rauchenden Patienten einer psychiatrischen Klinik den Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören (Prochaska, et al., 2006). Diese Werte liegen näher an den von uns in 2007 und 2008 erhobenen Werten. Möglicherweise liegt die starke Divergenz der Ergebnisse insgesamt aber auch an der schon oben erwähnten unterschiedlichen Fragestellung (jetzt, irgendwann etc.). Der Wunsch nach Unterstützung beim Aufhören des Rauchens fand sich bei uns bei 33,7 % bzw. 38,6 % (Frauen/Männer) der rauchenden Patienten. Dies zeigt, unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich der FTND-Summenwert - ein Maß für die Nikotinabhängigkeit - in beiden Gruppen (♀/♂: 4,39/5,07) signifikant unterschied, dass das Ausmaß der Nikotinabhängigkeit ebenso wenig wie das Geschlecht eine Aussage über den Wunsch nach Raucherentwöhnung und Hilfen dabei zulässt. Auch scheinen die befragten Patienten unserer Klinik bereits ein vergleichsweise hohes Gesundheitsbewusstsein entwickelt zu haben. Leider erhob die Studie aus

Bielefeld nicht den Anteil Raucher, die sich bei der Umsetzung des Vorhabens, nicht mehr zu rauchen, Hilfe wünschten. In unserer Erhebung waren dies, wie oben erwähnt, mehr als ein Drittel.

4.4.3. Unterschiede rauchender Patienten zu rauchenden Mitarbeitern

Die rauchenden Patienten unserer Studie unterschieden sich signifikant im Merkmal tägliches Rauchen von den rauchenden Mitarbeitern. Zahlen aus einer sehr aktuellen Studie in Deutschland zur Gesundheit von Erwachsenen (Lampert, et al., 2013) zeigten im Befragungszeitraum 2008-2011 einen leicht höheren Anteil für nichttägliches (bzw. gelegentliches) Rauchen. Die Werte lagen zum Teil bei uns niedriger (4,24 % Gelegenheitsraucherinnen unter allen Raucherinnen im Vergleich zur bundesdeutschen weiblichen Bevölkerung mit 5,5 % bzw. 5,76 % Gelegenheitsraucher unter allen Rauchern im Vergleich zur bundesdeutschen männlichen Bevölkerung mit 6,5 %). Betrachtet man die Zahlen der Untergruppen Patienten/Mitarbeiter und hier noch einmal die Geschlechterverteilung, dann finden sich deutlichere Unterschiede. Patienten waren mit 2,51 %/3,80 % (♀/♂) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nur ca. halb so häufig Gelegenheitsraucher. Möglicherweise werden Patienten durch die Umstände der Aufnahme und des Aufenthaltes wieder oder erstmals zu täglichen Rauchern, was dann darüberhinaus auch die ebenfalls deutlich höher gefundenen Werte in der Gruppe der täglichen Raucher mit bedingt. Am Markantesten ist der Anteil der Gelegenheitsraucher bei den männlichen Mitarbeitern von fast 9%. Ein erkennbar höherer Zustimmungsgrad für die Aussage, dass sie, wenn sie im Zentrum für Psychiatrie seien, mehr rauchen würden, fand sich aber unter den männlichen Mitarbeitern nicht. Es wäre aber denkbar, dass sich ein großer Teil der Befragten dieses Umstandes gar nicht bewusst ist, viele frühere Nichtraucher durch die rauchpermissive Umgebung überhaupt erst mit dem Rauchen anfangen und sich in der Gruppe der Gelegenheitsraucher wiederfinden.

4.4.3.1. Stationsvergleiche

Die hohen Anteile an Rauchern auf den Stationen für Abhängigkeitserkrankungen (83 % im Mittel) in unserer Erhebung fanden sich auch in vielen anderen Studien. So beschrieb eine kanadische Untersuchung auf Stationen für Patienten mit Alkohol- und Drogenkonsum Raucherquoten zwischen 71 % und 100 % (el-Guebaly, et al., 2002b).

Die in unserer Studie gefundenen Zahlen von 37,5 % bis 83,3 % Rauchern auf den allgemeinspsychiatrischen Aufnahmestationen sind ebenfalls vergleichbar. Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2000 nennt Raucherprävalenzen unter Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie oder schizoaffektiver Psychose von 68-94 % (Batra, 2000). Eine jüngere Arbeit mit Daten aus einer amerikanischen Studie nennt bei an Schizophrenie erkrankten Patienten eine Quote von 45 % - 88 % und bei posttraumatischen Belastungsstörungen 53 % - 66 % (Kalman, et al., 2005). Allgemein ist davon auszugehen, dass der Anteil der Raucher bei schizophren Erkrankten mindestens doppelt so hoch ist, wie in der Allgemeinbevölkerung (Hewer, 2010). Leider lagen bei uns für einen genauen Vergleich die ICD-10-Diagnosen der Patienten aus Datenschutzgründen nicht vor. Eine britische Studie in forensischen Kliniken fand einen Raucheranteil von 75,6 % unter den Patienten, von denen 88,2 % bereits mindestens einen Rauchstoppversuch unternommen hatten. 97,1 % äußerten, irgendwann in der Zukunft das Rauchen aufgeben zu wollen (Dickens, et al., 2005).

4.5. Vergleich der Gruppen bezüglich der Zustimmung zu den Aussagen des Fragebogenhauptteils

Rauchende Patienten gaben der Aussage, dass sie Zigaretten als Belohnung empfinden, mehr Zustimmung. Mitarbeiter, obwohl selbst Raucher und häufig in den damit angesprochenen Situationen zugegen, stimmten dieser Aussage weniger zu. Denkbar wäre als Grund eine innere Abwehr bei den Mitarbeitern - handelt es sich doch um ein unprobates Mittel, Verhalten zu verstärken. Daher hatten Mitarbeiter dieser Aussage evtl. weniger zugestimmt.

Dass Patienten ihren Zigarettenkonsum als finanziell belastender empfinden als Mitarbeiter, erklärt sich dadurch, dass erstere häufiger finanzschwach sind. In einer amerikanischen Erhebung unter an Psychosen Erkrankten lebten 87,2 % von staatlicher Unterstützung, gaben aber mehr als ein Viertel ihres Geldes für Rauchen aus (Steinberg, et al., 2004).

Die räumliche Ausstattung der Stationen empfanden vor allem die rauchenden Patienten als gut und werteten auch die Angebote auf der jeweiligen Station für ihre Gruppe als besser als für Nichtraucher. Rauchende Patienten gaben der Aussage, dass sie bei Anwesenheit/Aufenthalt in der Klinik mehr rauchen, mehr Zustimmung als rauchende Mitarbeiter. Dies mag sowohl an der häufig angespannten und akuten Krankheitssituation als auch der im Verlauf des Aufenthaltes oft stark empfundenen Langeweile auf Seiten der Patienten liegen, die in eben diesen Situationen mehr rauchen, zum anderen aber auch daran, dass möglicherweise nicht wirklich viele Mitarbeiter durch die Arbeit zum Mehrrauchen verleitet werden oder dieses Mehrrauchen gar nicht werten. Hierzu passen auch Zahlen aus einer britischen Studie bei Pflegepersonal, in der Einstellungen zu einem vollständigen Rauchverbot untersucht wurden. Nur 6,2 % der Befragten bejahten, dass sie am Arbeitsplatz mehr rauchen würden (Bloor, et al., 2006). Nicht rauchende Patienten werteten durchaus, dass ihnen rauchende Mitarbeiter zeitmäßig weniger zur Verfügung stehen. Verständlich ist vor diesem Hintergrund auch, dass diese Gruppe einer Einschränkung des Rauchens tendenziell mehr zustimmte. Sie störten sich auch insgesamt mehr an nach Rauch riechender Kleidung (an sich selbst oder bei Mitarbeitern). Die Aussage, den schnellsten Kontakt beim Rauchen zu bekommen, erhielt durch rauchende Patienten mehr Zustimmung - sowohl im Vergleich zu nicht rauchenden Mitpatienten als auch zu rauchenden Mitarbeitern. Dies unterstreicht den hohen Stellenwert des Rauchens im Zusammenhang mit der stationären Aufnahmesituation und erklärt auch zu einem Teil die stärkeren Forderungen in dieser Gruppe nach Ausweitung der Raucherräumlichkeiten. Bei der Fragestellung nach Sorgen um Passivrauchen bleibt unklar, ob sich Raucher bei der Beantwortung wirklich ihre häufige (zusätzliche) passive Rauchexposition vor Augen hielten und ob sie ihr eigenes Rauchen oder das Rauchen in einer Gruppe meinten. Hier wäre eine genauere Fragestellung notwendig gewesen. Besonders erwähnenswert ist die Tatsache, dass sich Mitarbeiter, unterteilt in Raucher und

Nichtraucher, häufig in ihren Einstellungen signifikant unterschieden. So wurde zum Beispiel von den Nichtrauchern kritisch betont, dass rauchende Mitarbeiter weniger Zeit für Patienten (ihre Arbeit!) haben. Dies muss unter anderem im Kontext mit in der Vergangenheit immer wieder vorgetragenen Forderungen von Nichtrauchern nach „Ausstempeln zum Rauchen“ gesehen werden. Offensichtlich sehen Nichtraucher unter den Mitarbeitern auch die gesundheitsberatende und -fördernde Kompetenz und Vorbildfunktion ihrer rauchenden Kollegen deutlich kritisch, stören sich sogar mehr am Anblick der rauchenden Kollegen. Diesbezüglich fanden sich auch entsprechende Aussagen im freien Kommentarteil. Ausdruck findet dies in der signifikant größeren Zustimmung für den Wunsch, die Möglichkeiten zum Rauchen auf der jeweiligen Station einzuschränken. Die signifikant stärkere Zustimmung zu einer Ausweitung der Möglichkeiten zum Rauchen durch rauchende Mitarbeiter im Vergleich zu nichtrauchenden Mitarbeitern kann unter anderem in dem Kontext meist gemeinsamer Raucherzimmer mit den Patienten gesehen werden. Möglicherweise wird hierdurch auch ein Wunsch nach „Alleinsein und Unter-sich-Sein“ in Raucherpausen des Personals ausgedrückt. Die signifikant höhere Zustimmung der rauchenden Mitarbeiter zur Aussage, dass das Zigarettenrauchen manchmal hilft, eine kritische Situation zu entspannen, spiegelt sich in Zahlen einer britischen Untersuchung von Dickens et al. aus dem Jahre 2004 wider, in der 53 % der rauchenden Krankenschwestern in einem psychiatrischen Krankenhaus bejahten, Rauchen mit Patienten habe einen therapeutischen Effekt (Dickens, et al., 2004). In einer älteren israelischen Studie von 1993 waren 85 % der Krankenschwestern auf psychiatrischen Stationen der Meinung, dass Zigaretten einen beruhigenden Effekt haben (Mester, et al., 1993). Nichtrauchernde Patienten konnten in unserer Studie den Sachverhalt dieser Aussage aus eigener Erfahrung gar nicht beantworten.

Warum die Gruppe der rauchenden Mitarbeiter in unserer Erhebung der Aussage, dass es auf der jeweiligen Station einen gemütlichen Aufenthaltsraum für Nichtraucher gebe, signifikant mehr zustimmte als ihre nicht rauchenden Kollegen, bleibt offen. Faktisch hatte keine Station in der Vorbefragung einen Raum beschrieben, der ausschließlich Nichtrauchern zur Verfügung stand. Möglicherweise ist hiermit der – aber allen Patienten oder Mitarbeitern zur

Verfügung stehende - Aufenthaltsraum gemeint. Bei einer Nacherhebung sollte diese Frage entsprechend umformuliert werden.

Die positivere Zustimmung der rauchenden Patienten im Vergleich zu nicht rauchenden Mitarbeitern, dass der größte Teil der Zigaretten aus Langeweile geraucht werde, muss zum einen im Kontext mit dem durch sie ebenfalls stärker betonten Wunsch nach besserer Organisation der Stationsabläufe gesehen werden. Zum anderen findet sich bei allen Patienten - Rauchern wie Nichtrauchern - dieser Wunsch mehr als bei Mitarbeitern, was sicher auch mit einem generell von Patienten oft vorgetragenen Wunsch nach viel Therapie korreliert. Dass bestehende Rauchverbote von Patienten eingehalten werden, wurde von den nicht rauchenden Patienten stärker betont als von den nicht rauchenden Mitarbeitern, möglicherweise, da letztere in der Verantwortung der Einhaltung stehen und ihre täglichen Erfahrungen in der Summe zugrunde gelegt haben.

4.6. Limitationen

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf eine Fragebogenerhebung am Zentrum für Psychiatrie „Die Weissenau“, einer psychiatrischen Klinik der Vollversorgung mit einer Satellitenstation in Wangen und einer Tagesklinik in Ravensburg. Die Untersuchung weist einige Stärken auf. Dadurch, dass die Fragebögen persönlich durch die Qualitätsbeauftragten der einzelnen Stationen verteilt und eingesammelt wurden, konnte eine sehr gute Rücklaufquote erzielt werden. Aus diesem Grund haben die Daten eine hohe Aussagekraft. Es wurde durch Abgleichen der Daten der befragten Patienten an beiden Stichtagen sicher gestellt, dass kein Patient erneut befragt wurde. Hierdurch sind die Ergebnisse uneingeschränkt miteinander vergleichbar. Die Patienten befanden sich zu einem großen Teil länger als eine Woche in stationärer Behandlung, was die Aussagekraft ihrer Angaben weiter stärkt.

Die Durchführung der Befragung als anonyme Erhebung hatte den Vorteil, weitgehend freie und subjektive Antworten zu erzielen, zudem war durch die Standardisierung der Aussagen eine hohe Vergleichbarkeit gegeben.

Es gibt jedoch auch diverse methodische Einschränkungen. Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ist dadurch limitiert, dass keine anderen psychiatrischen Kliniken an der Erhebung beteiligt waren. In wieweit eine Übertragbarkeit der Ergebnisse möglich ist, bleibt offen. Aus datenrechtlichen Gründen waren weder eine Erhebung des genauen Alters der Befragten noch die genaue Berufszugehörigkeit der Mitarbeiter oder die Anlassdiagnose der stationären Behandlung bei den Patienten detailliert erfragbar. So lassen sich die Ergebnisse nur annähernd – zum Beispiel bei Stationen mit Schwerpunkten in der Behandlung - dem zugrundeliegenden Krankheitsbild zuordnen. Auch genauere Angaben zum Status der Beschäftigten (zum Beispiel Schichtdienst usw.) waren aus o.g. Grund nicht erhebbar.

Beide Stichtage der Befragung lagen in Herbst und Winter, was zum Teil die Antworten zur Ausstattung der Raucherplätze von Patienten oder Mitarbeitern, bei denen das Rauchen nur im Freien möglich war, aufgrund der Witterung entsprechend beeinflusste.

Ein großer Teil der Fragen zielte darauf, Meinungen und Einstellungen zu erfassen, was grundsätzlich subjektiv ist und nur in der Tendenz Vergleiche zulässt. Bei teils recht kleinen Untergruppen und erhobener Stationszugehörigkeit wäre eine Identifizierung einzelner Respondenten möglich gewesen, was den Anonymitätsgrad abschwächt. Vor allem einzelne Mitarbeiter fühlten sich hierdurch gestört. Die Datenerhebung als Teil eines Projekts (rauchfreies Krankenhaus) polarisierte einen Teil der Antwortenden, was sich u.a. aus Kommentaren im freien Teil des Erhebungsbogens erkennen ließ und auch im Vorfeld der Erhebung mitunter zu Ablehnung derselben geführt hatte. Alle Ergebnisse beruhten ausschließlich auf den Angaben der Befragten, somit war die Möglichkeit einer objektiven Überprüfung nicht gegeben.

5. Zusammenfassung

Unter psychiatrischen Patienten findet sich ein hoher Anteil Raucher, die wiederum aufgrund der spezifischen medikamentösen Behandlung einem sich mitunter potenzierenden Risiko für Herzkreislauf- und Stoffwechselerkrankungen ausgesetzt sind. Daher sollte gerade der Behandlung der Nikotinabhängigkeit in psychiatrischen Kliniken eine hohe Bedeutung zukommen. Dies scheiterte aber seit langer Zeit sowohl an falschen Annahmen zu vorhandenen Veränderungswünschen der Patienten, als auch an der Sorge bei therapeutischen Teams, dies könne die Behandlung der Anlasserkrankung erschweren. Nicht erst durch die Verabschiedung des Gesetzes zum Nichtraucherschutz 2007 rücken diese Missstände immer stärker in das Interesse Betroffener und Beteiligter.

Die vorliegende Studie „Nichtraucherschutz im psychiatrischen Krankenhaus - eine Status quo-Erhebung“ ermittelte durch einen selbst entworfenen Fragebogen Merkmale und Einstellungstendenzen von Patienten und Mitarbeitern aller Stationen des psychiatrischen Krankenhauses „Die Weissenau“ zum Thema Rauchen. Die Daten wurden unter verschiedenen soziodemografischen Aspekten, dem unterschiedlichen Antwortverhalten von Patienten versus Mitarbeitern, Rauchern versus Nichtrauchern und zu einem Teil auch geschlechtsspezifischen Unterschieden ausgewertet und auf Signifikanz analysiert.

Mit 933 Fragebögen ergab sich eine gute Rücklaufquote von 78,5 %. Mit 47,4 % aller Befragten fand sich eine sehr hohe Raucherquote: 57,9 % der Patienten und 33,9 % der Mitarbeiter. Die höchsten Werte bezüglich des Anteils rauchender Patienten fanden sich auf den Stationen für Abhängigkeitserkrankungen, im Mittel 83 %. Auf einen erfolgten Rauchstoppversuch blickten 66,0 % aller Raucher zurück, 54,5 %, wünschten aktuell mit dem Rauchen aufzuhören und 34,2 % wünschten sich Hilfe hierbei. Rauchende Patienten konsumierten täglich eine signifikant höhere Anzahl von Zigaretten und waren signifikant stärker nikotinabhängig als die Mitarbeiter. Männer waren signifikant stärker nikotinabhängig als Frauen.

Rauchende Patienten betonten signifikant häufiger als rauchende Mitarbeiter, den schnellsten Kontakt auf der jeweiligen Station durch das Rauchen zu bekommen. Sie gaben auch vermehrtes Rauchen durch die Anwesenheit im Zentrum für Psychiatrie an. Zudem waren sie signifikant häufiger der Ansicht, einen großen Teil der Zigaretten aus Langeweile zu rauchen und dass das Rauchen einer Zigarette als Belohnung verwendet werde.

Die nicht rauchenden Patienten stimmten der Aussage, dass rauchende Mitarbeiter weniger Zeit für sie hätten, signifikant stärker zu. Ebenso fanden sich bei ihnen auch signifikant größere Zustimmungen für die Aussagen, durch unmittelbare Folgen des Rauchens (Riechen der Kleidung nach Verlassen eines Zimmers, in dem geraucht wurde und nach Rauch riechende Mitarbeiter) gestört zu werden.

Nicht rauchende Mitarbeiter stimmten der Aussage, dass ihre rauchenden Kollegen weniger Zeit für Patienten hätten, ebenfalls signifikant mehr zu. Rauchende Mitarbeiter gaben der Aussage, Zigaretten seien eine Möglichkeit, eine kritische Situation zu entspannen, signifikant mehr Zustimmung.

Insgesamt fand sich eine hohe Zufriedenheit mit dem „Status quo“ der Raucherräumlichkeiten. Vereinzelt fand sich die Forderung nach Ausweitung der entsprechenden Räumlichkeiten und immer wieder wurde der hohe Stellenwert des Zigarettenrauchens zur Kontaktaufnahme und Beruhigung vor allem in der Aufnahmesituation betont.

Als ein vor allem für die langfristige Implementierung eines rauchfreien Krankenhauses wichtiges Ergebnis fand sich über alle Befragten ein weder vom Geschlecht, noch vom Status (Patient/Mitarbeiter), noch vom Grad der Nikotinabhängigkeit abhängender häufig vorgetragener Wunsch nach Raucherentwöhnung und Unterstützung dabei. Zusammenfassend stellte die Studie den ersten Schritt eines seitdem kontinuierlichen Veränderungsprozesses in der Haltung zu Rauchen und Raucherentwöhnung in der Weissenau dar.

6. Literaturverzeichnis

1. American Cancer Society, 2012. *Guide to Quitting Smoking; Success rates in general.* <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002971-pdf.pdf>
[Zugriff am 06. Oktober 2013]
2. Baden-Württemberg, Land, *Landesnichtraucherschutzgesetz.* Stuttgart (Baden-Württemberg): Land Baden-Württemberg. S.1-23 (2007)
3. Baillie, A.J.; Mattick, R.P.; Hall, W.: Quitting smoking: estimation by meta-analysis of the rate of unaided smoking cessation. *Australian Journal of Public Health*, 19: 129-31 (1995)
4. Batra, A.: Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung bei psychiatrischen Patienten. *Fortschritte der Neurologie & Psychiatrie.*, 68: 80-92 (2000)
5. Batra, A.: Therapie der Tabakabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 108: 555-64 (2011)
6. Batra, A. & Buchkremer, G.: Beziehung von Alkoholismus, Drogen- und Tabakkonsum. *Deutsches Ärzteblatt*, 98: A2590-2593 (2001)
7. Batra, A., Buchkremer, G., Opitz, K. & Tölle, R.: *Tabakabhängigkeit; Suchtmedizinische Reihe Band 2.* Hamm: Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. S. 69-71 (2003)
8. Batra, A. & Fagerström, K.-O.: Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. *Sucht*, 43: 277-282 (1997)
9. Batra, A., Friederich, H. M. & Lutz, U.: Therapie der Nikotinabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 9: 1022-1029 (2009)
10. Bloor, R., Meeson, L. & Crome, I.: The effects of a non-smoking policy on nursing staff smoking behaviour and attitudes in a psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13: 188-196 (2006)
11. Blöß, T.: Weltnichtrauchertag "Rauchfrei genießen". *Deutsches Ärzteblatt*, 6, 6: 246 (Abstract) (2007)
12. Bortz, J.: Multiples Testen; Bonferroni - Korrektur. In: *Statistik für Human - und Sozialwissenschaftler.* Heidelberg: Springer Medizin, S. 129-130, 272 (2005)
13. Bortz, J.: t-Test, Vergleich von Stichprobenmittelwerten aus abhängigen Stichproben, In: *Statistik für Human - und Sozialwissenschaftler.* Heidelberg: Springer Medizin, S. 143-147 (2005)
14. Bortz, J.: Verfahren für Nominaldaten (Chi-Quadrat-Test). In: *Statistik für Human - und Sozialwissenschaftler.* Heidelberg: Springer Medizin, S. 154-161 (2005)
15. Bortz, J.: Verfahren für Ordinaldaten, Vergleich von 2 unabhängigen Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz (U-Test nach Mann-Whitney). In: *Statistik für Human - und Sozialwissenschaftler.* Heidelberg: Springer Medizin, S. 150-153 (2005)

16. BZgA.: *Rauchfrei im Krankenhaus: Handbuch für Projektleitung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 76-89 (1997)
17. Callaghan, RC; Brewster, JM; Johnson, J.; Taylor, L.; Beach, G.; Lentz, T.: Do total smoking bans affect the recruitment and retention of adolescents in inpatient substance abuse treatment programs?. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33: 279-85 (2007)
18. Cattapan-Ludewig, K. & Batra, A.: Rauchfreie Psychiatrie - eine Illusion. *Psychiatrische Praxis*, 35: 5-7 (2008)
19. Cloes, R.: Nutzen für Gesundheit fraglich. *Deutsches Ärzteblatt*, 107: B2099 (Abstract) (2010)
20. Copeland, A. L., Brandon, T. H. & Quinn, E. P.: The Smoking Consequences Questionnaire-Adult. *Psychological Assessment*, Dezember, 7: 484-494 (1995)
21. Dickens, G. L., Stubbs, J. H. & Haw, C. M.: Smoking and mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11: 445-451 (2004)
22. Dickens, G., Stubbs, J., Popham, R. & Haw, C.: Smoking in a forensic psychiatric service: a survey of inpatients` views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12: 672-678 (2005)
23. Ebbinghaus, Bernhard; Noll, Heinz-Herbert; Bahle, Thomas; Wendt, Claus; Scheuer, Angelika; Schneider, Christoph; Weick, Stefan; Dittmann, Jörg: *Report Lebensqualität 2006 Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES) S.101-102* (2007)
24. el-Guebaly, Nady; Cathcart, Janice; Shawn, Currie; Brown, Diane; Gloster, Susan: Public Health and Therapeutic Aspects of Smoking Bans in Mental Health and Addiction Settings. *Psychiatric Services*, 53: 1617-1622 (2002a)
25. el-Guebaly, Nady; Cathcart, Janice; Shawn, Currie; Diane, Brown; Gloster, Susan: Smoking Cessation Approaches for Persons With Mental Illness or Addictive Disorder. *Psychiatric Services*, 53: 1166-1179 (Canadian) (2002b)
26. Fagerström, K. & Aubin, H.-J.: Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders. *Current Medical Research and Opinion*, Januar, 25: 511-518 (2009)
27. Fährndrich, E. & Kieser, C.: Zigarettenrauch als Problem des Zusammenlebens auf psychiatrischen Stationen. *Psychiatrische Praxis*, 30: 68-71 (2003)
28. Fee, E. & Brown, T.: Hospital Smoking Bans and Their Impact. *American Journal of Public Health*, 94: 185 (Abstract) (2004)
29. Frieden, T. R. & Bloomberg, M. R.: How to prevent 100 million deaths from tobacco. *Lancet*, 369: 1758-1761 (2007)
30. Geisler, A.: Serie zur Gesundheit Teil 2 Nikotin "Leben ohne den blauen Dunst". *Stern*, 4: 112-123 (2008)

31. Grempler, J., Droste-Arndt, H., Flammer, E. & Steinert, T.: Wunsch nach Änderung des Rauchverhaltens bei Patienten und Mitarbeitern eines psychiatrischen Krankenhauses. *Psychiatrische Praxis*, 39: 164-168 (2012)
32. Haller, E., McNiel, D. & Binder, R.: Impact of a smoking ban on a locked psychiatric unit. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57: 329-332 (1996)
33. Hawkins, J.: Antidepressant effects of nicotine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58: 324-325 (1997)
34. Head, S.: Smoke free hospitals are unethical. *British Medical Journal*, 327: 104 (Brief an den Herausgeber) (2003)
35. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerstrom, K.-O.: The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86: 1119-1127 (1991)
36. Hewer, W.: Psychiatrische Patienten: Anhaltend hohe Sterblichkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 107: A190-1 (2010)
37. Hibbeler, B.: Die letzten Rauchzeichen. *Deutsches Ärzteblatt*, März, 102: A554-556 (2005)
38. Jonas, J. M. & Eagle, J.: Smoking patterns among patients discharged from a smoke-free inpatient unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 42: 636-637 (1991)
39. Joseph, A.; Nichol, K.; Willenbring, M.; Korn, J.; Lysaght, L.: Beneficial effects of treatment of nicotine dependence during an inpatient substance abuse treatment program. *JAMA*, 263: 3043-3046 (1990)
40. Kalman, D., Baker Morissette, S. & Tony, P.: Co-Morbidity of smoking in Patients with Psychiatric and Substance Use Disorders. *American Journal on Addictions*, 2: 106-123 (2005)
41. Kawai, A. & Abe, H. The smoking situation of patients and staff in a psychiatric hospital - The smoking issue in psychiatry can be considered a neglected problem. *Japanese Journal of Public Health*, 54: 626-32 (2007)
42. Lampert, T., von der Lippe, E. & Müters, S.: Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 56: 802-808. (2013)
43. Lasser, Karen; Wesley Boyd, J; Woolhandler, Steffie; Himmelstein, David; McCormick, Danny; Bor, David: Smoking and Mental Illness. *JAMA.*, 284: 2606-2610 (2000)
44. Laue, E., 2010. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2010_06/PDF2010_06.pdf?__blob=publicationFile. [Zugriff am 03. April 2011]
45. Lawn, S. & Pols, R.: Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39: 866-885 (2005)
46. Lawn, S.: Systemic Barriers To Quitting Smoking Among Institutionalised Public Mental Health Services Population: A Comparison Of Two Australian Sites. *International Journal of Social Psychiatry*, 50: 204-215 (2004)

47. Matthews, L. S.; Diaz, B.; Bird, P.; Cook, A.; Stephenson, A. E.; Kraus, J. E.; Sheitman, B. B.: Implementing a smoking ban in an acute psychiatric admission unit. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, November, 43: 33-36 (2005)
48. McKenna, Hugh; Slater, Paul; McCance, Tanya; Bunting, Brendan; Spiers, Arlene; McElwee, Gerry.: Qualified nurses' smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. *Journal of Advanced Nursing*, 35: 769-775 (2001)
49. McNally, L.; Oyefeso, A.; Annan, J.; Perryman, K.; Bloor, R.; Freeman, S.; Wain, B.; Andrews, H.; Grimmer, M.; Crisp, A.; Oyebode, D.; Ghodse, AH.: A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *Journal of Public Health*, 28: 192-196 (2006)
50. Mester, R., Toren, P., Ben-Moshe, Y. & Weizman, A.: Survey of Smoking Habits and Attitudes of Patients and Staff in Psychiatric Hospitals. *Psychopathology*, 26: 69-75 (1993)
51. Müller, V., Mucha, R. F., Ackermann, K. & Pauli, P.: Die Erfassung des Cravings bei Rauchern mit einer deutschen Version des "Questionnaire on Smoking Urges" (QSU-G). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, November, 30: 164-71 (2001)
52. Parks, J. & Devine, D.: The effects of smoking bans on extended care units at state psychiatric hospitals. *Hospital and Community Psychiatry*, 44: 885-886 (1993)
53. Pötschke-Langer, Martina; Mons, Ute; Schaller, Katrin; Stein, Svenja; Kahnert, Sarah; Schneider, Nick; Nair, Urmila; Schunk, Susanne; Mersmann, Hubertus: *Tabakatlas Deutschland 2009 (S.48)*, Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum (2009)
54. Prins, S.: Eine Lanze für die Raucher. *Soziale Psychiatrie*, 118: 28-29 (2007)
55. Prochaska, J. J., Fletcher, L., Hall, S. E. & Hall, S. M.: Return to smoking following a smoke-free psychiatric hospitalization. *American Journal of Addiction*, 15: 15-22 (2006)
56. Rowe, K. & Clark, J. M.: The incidence of smoking amongst nurses: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 1046-1053 (2000)
57. Schulz, M., Töpper, M. & Behrens, J.: Rauchverhalten von Mitarbeitern und Patienten der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses. *Gesundheitswesen*, 66: 107-113 (2004)
58. Statistisches-Bundesamt: *Rauchergewohnheiten der Bevölkerung*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt S. 12, 16, 22-23 (2009)
59. Statistisches-Bundesamt: *Mikrozensus 2009 - Fragen zur Gesundheit*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt S.1-3 (2011)
60. Steinberg, M. L., Williams, J. M. & Ziedonis, D. M.: Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tobacco Control*, 13: 206-208 (2004)
61. Van Dongen, C.: Smoking and persistent mental illness; an exploratory study. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37: 26-34 (1999)
62. Victor, A. Wie bewertet man die p-Wert-Flut?. *Deutsches Ärzteblatt*, 4: 50-56 (2010)

63. Weber, I.: Deutlicher Aufholbedarf. *Deutsches Ärzteblatt*, Februar, 104: 474-476 (2007)
64. Wernz, F., Friederich, H., Buchkremer, G. & Batra, A.: Akzeptanz der rauchfreien Psychiatrie bei Patienten und Mitarbeitern, Evaluation einer Strukturmaßnahme. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 159: 33-39 (2009)
65. Willaing, I. & Ladelund, S.: Smoking behavior among hospital staff still influences attitudes and counseling on smoking. *Nicotine and Tobacco Research*, 6: 369-375 (2004)
66. Ziedonis, D., Kosten, T., Glazer, W. & Frances, R.: Nicotine Dependence and Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 204-206 (1994)

7. Anhang

7.1. Fragebogen

Deckblatt Mitarbeiterbefragung

Anlässlich des am 1. August 2007 in Kraft getretenen Nichtraucherschutzgesetzes möchte das Qualitätsmanagement des ZfP Weissenau mit diesem Fragebogen Informationen zum Thema *Nichtraucherschutz im psychiatrischen Krankenhaus* erheben. Eine derartige Bestandsaufnahme ist sinnvoll, damit wir effektive und umsetzbare Regeln für einen verbesserten Nichtraucherschutz finden und aufhörwilligen Rauchern entsprechende betriebliche Angebote zur Tabakentwöhnung machen können.

Es handelt sich um eine anonyme Erhebung, die mit Zustimmung des Personalrates erfolgt. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Ergebnisse sollen im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit ausgewertet und dargestellt werden, weshalb um ein vollständiges Ausfüllen des Fragebogens besonders gebeten wird.

Selbstverständlich werden wir nach der Auswertung über die Ergebnisse informieren.

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen in die eigens dafür vorgesehene Sammelvorrichtung auf ihrer Station ein.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Station Nr. (bitte unbedingt angeben)!:

- Alter: ☐ bis 20 Jahre ☐ 21 –30 Jahre ☐ 31-40 Jahre
 ☐ 41-50 Jahre ☐ 51-60 Jahre ☐ älter als 60 Jahre
- Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich
- Tätigkeitsbereich: ☐ Ärztlicher Dienst, Sozialdienst und Ergotherapie
 ☐ Pflegedienst
- Beschäftigungsumfang: ☐ > 50% ☐ < 50 %

Rauchen Sie zurzeit?

- ☐ ja täglich ☐ ja, nicht täglich ☐ nein

Wenn Sie mit Nein geantwortet haben, dann bitten wir Sie, den Test auf der Folgeseite zur Nikotinabhängigkeit zu überspringen und auf Seite 3 fortzufahren

Wenn Sie mit Ja geantwortet haben, dann bitten wir Sie, die folgenden Fragen und den Test auf der Folgeseite zur Nikotinabhängigkeit zu beantworten.

1.1. Haben Sie schon einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?

- ☐ Ja ☐ Nein

1.2. Würden Sie gerne mit dem Rauchen aufhören?

- ☐ Ja ☐ Nein

1.3. Hätten Sie gerne Hilfen, um sich das Rauchen abzugewöhnen, zum Beispiel eine Beratung, einen Kurs, einen Experten als Ansprechpartner?

- ☐ Ja ☐ Nein

Deckblatt Patientenbefragung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Anlässlich des am 1. August 2007 in Kraft getretenen Nichtraucherschutzgesetzes möchten wir mit dieser Umfrage zum Thema *Rauchen im Krankenhaus* Ihre Meinung zum Nichtraucherschutz, zu den Bedingungen als Raucher und zur Entwöhnungsberatung im Krankenhaus kennenlernen. Wir würden uns freuen, wenn Sie uns mit der Beantwortung einiger Fragen unterstützen würden. Die Umfrage erfolgt anonym und die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen in die eigens dafür vorgesehene Sammelvorrichtung auf der Station ein.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Station Nr. (bitte unbedingt angeben)!: ...

Alter: ☐ bis 20 Jahre ☐ 21-30 Jahre ☐ 31-40 Jahre
 ☐ 41-50 Jahre ☐ 51-60 Jahre ☐ älter als 60 Jahre

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

- Wie oft waren Sie schon in einem psychiatrischen Krankenhaus (einschließlich des jetzigen Aufenthaltes)? mal
- Wie lange sind Sie schon in stationärer Behandlung? ☐ weniger als 1 Woche
 ☐ zwischen 8 und 28 Tagen
 ☐ länger als 28 Tage

Rauchen Sie zurzeit?

☐ ja täglich ☐ ja, nicht täglich ☐ nein

Wenn Sie mit **Nein geantwortet haben, dann bitten wir Sie, den Test auf der Folgeseite zur Nikotinabhängigkeit zu überspringen und auf Seite 3 fortzufahren**

Wenn Sie mit **Ja** geantwortet haben, dann bitten wir Sie, die folgenden Fragen und den Test auf der Folgeseite zur Nikotinabhängigkeit zu beantworten.

1.1. Haben Sie schon einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?

☐ Ja ☐ Nein

1.2. Würden Sie gerne mit dem Rauchen aufhören?

☐ Ja ☐ Nein

1.3. Hätten Sie gerne Hilfen, um sich das Rauchen abzugewöhnen, zum Beispiel eine Beratung, einen Kurs, einen Experten als Ansprechpartner?

☐ Ja ☐ Nein

Fagerström Test zur Nikotinabhängigkeit

-
1. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
- ☐ innerhalb von 5 min
☐ 6 bis 30 min
☐ 31 bis 60 min
☐ nach 60 min
-
2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.) das Rauchen zu unterlassen?
- ☐ Ja
☐ Nein
-
3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?
- ☐ Die Erste am Morgen
☐ Andere
-
4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?
- ☐ bis 10
☐ 11 bis 20
☐ 21 bis 30
☐ 31 und mehr
-
5. Rauchen Sie in den ersten Stunden des Tages nach dem Aufstehen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
- ☐ Ja
☐ Nein
-
6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?
- ☐ Ja
☐ Nein
-

Fragebogen allgemeiner Teil

Bitte geben Sie jeweils an, ob Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

Ich stimme zu:

	Völlig	Ziemlich	Eher ja	Teils/ teils	Eher nicht	Überwie- gend Nicht	Nicht	Kann ich nicht beant- worten/ trifft nicht zu
Das Angebot, eine Zigarette zu rauchen, hilft auf unserer Station manchmal, eine kritische Situation zu entspannen.								
Rauchen ist eine Möglichkeit, das Gewicht im Griff zu haben.								
Der größte Teil der Zigaretten auf unserer Station wird aus Langeweile geraucht.								
Mitarbeiter, die rauchen, haben auf unserer Station weniger Zeit für die Patienten.								
Auf unserer Station sind manche Mitarbeiter in jeder freien Minute beim Rauchen zu finden.								
Wenn ich im Zentrum für Psychiatrie bin, rauche ich mehr, als wenn ich zu Hause bin.								
Auf unserer Station werden Zigaretten manchmal als Druckmittel für PatientInnen benutzt.								
Es kam schon vor, dass ich mit dem Rauchen aufgehört habe und im ZfP wieder damit angefangen habe.								
Ich mache mir gelegentlich Sorgen um die gesundheitlichen Folgen des Rauchens.								
Ich mache mir gelegentlich Sorgen um die gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens.								
Das Rauchen belastet mich finanziell.								
Den schnellsten Kontakt bekommt man auf unserer Station beim Rauchen.								

Ich stimme zu:

	Völlig	Ziemlich	Eher ja	Teils/ teils	Eher nicht	Überwiegend Nicht	Nicht	Kann ich nicht beantworten/ trifft nicht zu
Auf unserer Station werden Zigaretten manchmal als "Belohnung" für Patienten verwendet.								
Auf unserer Station herrscht ein raucherfreundliches Klima.								
Alle PatientInnen auf unserer Station halten sich an die herrschenden Rauchverbote.								
Alle MitarbeiterInnen auf unserer Station halten sich an die herrschenden Rauchverbote.								
Die Möglichkeiten, auf unserer Station zu rauchen, sollten mehr eingeschränkt werden.								
Die Möglichkeiten, auf unserer Station zu rauchen, sollten erweitert werden.								
Ich würde mir wünschen, dass die Abläufe auf der Station so organisiert sind, dass man weniger zum Rauchen verführt wird.								
Ich würde mir Unterstützung dabei wünschen, das Rauchen aufzugeben.								
Wenn das Rauchen auf der Station mühsamer wäre, könnte ich besser ganz damit aufhören.								
Zu einem Arzt oder einer Ärztin, der/die raucht, habe ich weniger Vertrauen.								
Zu einer Pflegerin/einem Pfleger, die/der raucht, habe ich weniger Vertrauen.								
Unsere Station macht manchmal einen schmutzigen Eindruck wegen der Zigarettenkippen.								
Auf unserer Station kommt es vor, dass man in den Speiseräumen Rauch riecht.								
Auf unserer Station kommt es vor, dass man in den Schlafräumen Rauch riecht.								

Ich stimme zu

	Völlig	Ziemlich	Eher ja	Teils/ teils	Eher nicht	Überwie- gend Nicht	Nicht	Kann ich nicht beant- worten/ trifft nicht zu
Es stört mich, dass meine Kleidung stark nach Rauch riecht, wenn ich mich in einem Zimmer aufgehalten habe, in dem geraucht wurde.								
Es stört mich, wenn ich MitarbeiterInnen des Krankenhauses beim Rauchen sehe.								
Es ist unangenehm, wenn MitarbeiterInnen nach Rauch riechen.								
Die Möglichkeiten auf unserer Station zum Rauchen sind einladend und angenehm gestaltet.								
Die Angebote für Raucher sind auf unserer Station besser als für Nichtraucher.								
Auf unserer Station gibt es einen gemütlichen Aufenthaltsraum für Nichtraucher.								
Auf unserer Station kommt es vor, dass auf den WCs geraucht wird.								
Das Raucherzimmer hat auf unserer Station eine hohe Anziehungskraft.								

Bemerkungen:

7.2. Posterexempel



Lebenslauf

Aus Gründen des Datenschutzes entfernt!

Lebenslauf

Aus Gründen des Datenschutzes entfernt!

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich diejenigen erwähnen, die zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben.

Mein herzlicher Dank gilt zunächst meinem Doktorvater Professor Dr. med. Tilman Steinert für die Überlassung des Themas, die Anregungen, inhaltlichen Beiträge und die Unterstützung, die mir in schwierigen Zeiten den Antrieb zum Durchhalten gab. Hierdurch hat er mir die erfolgreiche Durchführung der Promotion in dieser Form ermöglicht. Professor Dr. rer.soc. Reinhold Kilian danke ich in seiner Funktion als Zweitgutachter.

Bei der Planung der Datenerhebung und dem Ablauf der Befragung waren die Unterstützung von Dr. med. Arthur Hatzfeld und Andreas Ritlewski als dualem Team des Qualitätsmanagements des ZfP Weissenau sehr hilfreich. Danke auch an alle Mitarbeiter der Versorgungsforschung, die die Fragebogenentwürfe mit diskutierten.

Herzlichen Dank an Frau Dr. biol. hum. Julia Grempler für die freundschaftliche und wertvolle Unterstützung. Danke für Anregungen und Diskussionen, die halfen, den Überblick zu behalten. Ebenso standen mir auch Peter Schmid - med. Dokumentar - und Diplomspsychologe Erich Flammer bei Fragen der Datenerhebung und der statistischen Auswertung zur Seite.

Großer Dank gebührt auch meinen Kollegen und Freunden für ihre Geduld und Zuversicht.

Nicht vergessen möchte ich die Patienten und Mitarbeiter des ZfP Weissenau, die durch die Beantwortung der Fragebögen überhaupt erst den umfangreichen Datensatz entstehen ließen. Hier danke ich besonders den Qualitätsbeauftragten der Stationen, die den reibungslosen Ablauf der Erhebung möglich machten.

Schließlich danke ich meinem geduldigen und wunderbaren Mann und meinen phantastischen Töchtern, die durch die immer wieder entstandenen Entbehrungen sicher den größten Teil zum Gelingen meiner Arbeit beigetragen haben. Und zu guter Letzt gilt mein Dank meinen Eltern, ohne die diese Arbeit gar nicht entstanden wäre.