

**Der Einfluss der „Tabakpolitik“ auf das
Rauchverhalten von Patienten in stationären
Suchtrehabilitationskliniken**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität

München

vorgelegt von

Ingo Kipke

München, 20.03.2012

Gutachter:
Prof. Dr. Dieter Frey, LMU München
Prof. Dr. Gerhard Bühringer, TU Dresden

Tag der mündlichen Prüfung: 02.07.2012

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Dr. Karin Metz, Dr. Anneke Bühler und Dr. Christoph Kröger für die Überlassung des Themas und die mir stets gewährte Unterstützung.

Des Weiteren danke ich Prof. Dr. Dieter Frey und Prof. Dr. Gerhard Bühringer für die Begutachtung meiner Arbeit.

Bei allen anderen Mitarbeitern¹ des IFT möchte ich mich für die schöne gemeinsame Zeit bedanken. Besonders hervorzuheben sind hier die (ehemaligen) Doktoranden Dr. Ann-Katrin Hellwich, Dr. Christina Bauer, Dr. Cornelia Metzner, Dr. Stephanie Müller, Dr. Daniela Piontek, Dr. Annette Schmidt, Dr. Carolin Donath, Alicia Casati, Martina Kroher, Zainab Taqi, Susanne Steiner, Dr. Susanne Rösner, Monika Sassen, Alexander Pabst und Johannes Thruhl, die mir durch ihre Anregungen und Ratschläge eine große Hilfe waren sowie Krystallia Karachaliou, Angela Grübl, Renate Schlüter, Beate Süß, Susanne Ludwig, Petra Freitag, Norbert Schaffner, Heinz Vollmer, Dr. Sebastian Baumeister, Ursula Rafalski und Martin Rühlmann, die immer, wenn man sie brauchte, mit Rat und Tat zur Stelle waren.

Für die Durchsicht meiner Arbeit und die erfolgten Verbesserungsvorschläge danke ich Lisa Jakob, Martin Steppan, Dr. Stephanie Flöter und Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel.

Thomas Spitzer danke ich für die Hilfe bei der Erstellung meiner englischen Zusammenfassung, Maya Jöcker und Felix Mayerhofer für die Hilfe beim Layout.

Gedankt sei allen Freunden für die mir gewährte Unterstützung in dieser Zeit.

Der letzte und gleichzeitig größte Dank geht an Christa, Hartmut, Angela und Deepu.

¹ Im folgenden Text wurde zur besseren Lesbarkeit auf die Verwendung der weiblichen Formen verzichtet, die jeweils unter der männlichen Form subsumiert wurden.

Förderhinweis

Diese Arbeit ist im Rahmen des Projekts F5 „Wirksamkeit intensiver Raucherentwöhnung in Kliniken - Teil 2“ (Projektleiter: Dr. Christoph Kröger) des BMBF Suchtforschungsverbundes ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity) entstanden (www.asat-verbund.de). Der ASAT-Forschungsverbund wurde im Zusammenhang des Programms „Forschungsverbünde für Suchtforschung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert (Förderkennzeichen: 01 EB 0441).

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Rauchprävalenz von Patienten, die wegen Alkoholabhängigkeit in deutschen Suchtrehabilitationskliniken behandelt werden, liegt dreimal so hoch (zwischen 82% und 97%) wie im allgemeinen Bevölkerungsdurchschnitt (Metz, 2005). Die spezielle Problematik der alkoholabhängigen Raucher ist außerdem, dass sie häufig sehr starke, abhängige Raucher und ihre Veränderungsmotivation sowie ihre Ressourcen und Fähigkeiten, den Tabakkonsum zu reduzieren, unterdurchschnittlich ausgeprägt sind (Novy, 2001).

Da bei dualabhängigen Patienten (Abhängigkeit von Alkohol und Nikotin) die relative Chance, langfristig abstinent zu werden, allein durch personenzentrierte Maßnahmen nicht erhöht wird (Prochaska, Delucchi & Hall, 2004), kommen Donath und Kollegen (2005) zu dem Schluss, dass diese personenzentrierten Maßnahmen durch strukturelle Maßnahmen auf (institutioneller) Mesoebene (z.B. am Arbeitsplatz, im Krankenhaus) flankiert werden sollten.

Ein ganzheitlicher Ansatz zur Verbesserung der Rahmenbedingungen, die alkoholabhängige Raucher in Suchtrehabilitationseinrichtungen auf dem Weg zur Tabakreduktion und Tabakabstinenz unterstützen sollen, wurde in der WIRK-II-Studie² gewählt. Unter dem Oberbegriff „Tabakpolitik“ wurden alle Rahmenbedingungen und Maßnahmen zusammengefasst, die von den Mitarbeitern der Klinik geschaffen oder ergriffen werden können und dazu dienen, das Rauchverhalten der Patienten sowie ihre Motivation, Einstellungen, Ressourcen und Fähigkeiten zur Tabakreduktion positiv zu beeinflussen.

Im ersten Teil der WIRK-II-Studie konnte Donath (2007) mithilfe eines integrativen Modells die „Tabakpolitik“ in deutschen Suchtrehabilitationskliniken beschreiben und zeigen, dass sich das Rauchverhalten der Patienten sowie deren Motivation, Einstellungen, Ressourcen und Fähigkeiten zur Tabakreduktion in Kliniken mit restriktiver „Tabakpolitik“ eher verbessert als in Kliniken mit permissiver „Tabakpolitik“.

Im zweiten Teil der WIRK-II-Studie wiesen Kühnel, Metz & Kipke (2007) nach, dass eine unterdessen erfolgte Intervention³ die „Tabakpolitik“ in den Kliniken der Interventionsgruppe signifikant verbesserte, während eine ähnliche Verbesserung in den Kliniken einer Kontrollgruppe ausblieb.

Ziel: In dieser Arbeit, dem abschließenden dritten Teil der WIRK-II-Studie, soll neben der Validierung der Skala zur Messung der „Tabakpolitik“ auch der prädiktive Wert der „Tabakpolitik“ (und ihrer Veränderung) auf das Rauchverhalten und die Motivation zum Nichtrauchen der Patienten untersucht sowie der Effekt der Intervention (Maßnahmen zur Beeinflussung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken) auf das Rauchverhalten, die Veränderungsmotivation und die rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten überprüft werden.

Methodik: Es handelt sich um ein randomisiertes Treatment-Wartekontrollgruppen-Design mit insgesamt 40 Kliniken, aus denen 200 Mitarbeiter und 1.225 Patienten befragt wurden.

² WIRK-II-Studie - „Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken - Teil 2“; siehe auch „Förderhinweis“

³ Die in der WIRK-II-Studie durchgeführte (und damit für die vorliegende Arbeit maßgebliche) Intervention fand nur auf Ebene des Klinikpersonals statt und zielte auf eine Beeinflussung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken ab (siehe auch Kapitel 3.4). Bei dieser Intervention handelte es sich also nicht um direkte Rauchentwöhnungsmaßnahmen für die Patienten.

In den 18 Kliniken der Interventionsgruppe fand eine Intervention zur Verbesserung der „Tabakpolitik“ statt. In der Kontrollgruppe wurde diese Intervention erst nach Beendigung der Studie durchgeführt.

Die Intervention hatte zum Ziel, die „Tabakpolitik“ in den einzelnen Kliniken zu verbessern, und richtete sich an die Mitarbeiter der jeweiligen Kliniken. Die Intervention bestand aus drei Teilen: (1) Die Schulung zur Implementierung und Verbesserung struktureller Maßnahmen und (2) die Schulung personenzentrierter Maßnahmen fanden während eines dreitägigen Workshops (November 2005) statt. Hinzu kam (3) die kontinuierliche Begleitung des angestoßenen Veränderungsprozesses und Unterstützung bei der Ein- und Durchführung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen in den Kliniken durch das Forschungsteam.

Die „Tabakpolitik“ wurde durch Befragung des Klinikpersonals vor und nach der Intervention (zwischen beiden Befragungen lagen ungefähr neun Monate) mit den sieben Subskalen „Regelwerk“, „Konsequenzen“, „Erfassung“, „Tabakentwöhnung“, „Kompetenz“, „Nichtraucherschutz“ und „Engagement“ erhoben.

Die in dieser Arbeit untersuchten Patienten wurden nach der Intervention rekrutiert und am Beginn und zum Ende ihres Klinikaufenthaltes zu Soziodemographie, ihrem Rauchverhalten sowie ihrer Veränderungsmotivation und ihren rauchbezogenen Ressourcen befragt. Die Ergebnisse wurden mit Regressionsanalysen unter Berücksichtigung von Clusterrandomisierung ausgewertet.

Ergebnisse: Die Skalen zur Erfassung der „Tabakpolitik“ erfüllen grundsätzlich testtheoretische Anforderungen. Homogenitätsanalysen räumen die Möglichkeit einer zweifaktoriellen Skala mit den Konstrukten „unterstützende Maßnahmen“ (bestehend aus den Subskalen „Kompetenz“, „Engagement“, „Tabakentwöhnung“ und „Erfassung“) und „strukturelle Maßnahmen“ (Subskalen: „Konsequenzen“, „Regelwerk“ und „Nichtraucherschutz“) ein. Die konvergente Validität der „Tabakpolitik“-Skala kann anhand der rauchbezogenen „Klinikatmosphäre“ aus Mitarbeitersicht belegt werden.

Die Abstinenzquote der Patienten steigt zwischen Klinikaufnahme ($t_{0,p}$) und Entlassung ($t_{1,p}$) signifikant um insgesamt 4,1 Prozentpunkte (nach „Last Observation Carried Forward“-Methode, LOCF: 1,8 Prozentpunkte), und die Anzahl der durchschnittlich täglich gerauchten Zigaretten (Menge-Frequenz-Index, MFI) sinkt signifikant um insgesamt 5,0 (LOCF: 2,2). Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe können nicht nachgewiesen werden.

Die Veränderungsmotivation ist leicht zurückgegangen (in der Kontrollgruppe signifikant), die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ hat sich nicht signifikant verändert. Statistisch bedeutsame Gruppenunterschiede liegen nicht vor.

Die Skalen zur Messung der „Tabakpolitik“ sind nachrangige Prädiktoren für die Veränderung der Motivation und der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“. Statistisch bedeutsame Prädiktoren für die Veränderung des Rauchverhaltens sind vorwiegend personenzentrierte Konstrukte auf (personaler) Mikroebene („Transtheoretisches Modell“, „Wollensrating“ und „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“), während Aspekte der „Tabakpolitik“ auf Mesoebene nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen.

Diskussion: Die Intervention auf Klinik- bzw. Mesoebene bewirkte vor allem eine Verbesserung der „strukturellen Bereiche“ der „Tabakpolitik“ in den Kliniken der Interventionsgruppe. Da die bedeutendsten Prädiktoren für die Tabakreduktion bzw. Tabakabstinenz aber auf der Mikroebene der Personen zu finden sind, sollten zukünftige Maßnahmen zur Verbesserung der „Tabakpolitik“ vor allem auf die bisher weniger entwickelten „unterstützenden Bereiche“ der „Tabakpolitik“ wie „Tabakentwöhnung“ und „Kompetenz“ im Umgang mit alkoholabhängigen Rauchern abzielen, um Motivation, Ressourcen und Fähigkeiten der alkoholabhängigen Raucher zu stärken, die wiederum hilfreich auf dem Weg zum Nichtraucher sind. Ob und wie die Verbesserung der „unterstützenden Bereiche“ der „Tabakpolitik“ tatsächlich das Rauchverhalten der Patienten beeinflusst, sollte Inhalt nachfolgender Forschungsaktivitäten sein. Insgesamt zeigten sich keine Effekte der Intervention auf die Veränderung des Rauchverhaltens sowie auf die Veränderungsmotivation und die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“, was unter anderem der sehr ökonomischen Intervention in der vorliegenden Studie geschuldet ist. Intensivere Schulungsmaßnahmen und eine engmaschigere Begleitung der Klinikmitarbeiter würden in zukünftigen Projekten eine stärkere Verbesserung der „Tabakpolitik“ wahrscheinlicher machen.

Summary

Background: The prevalence of smoking in patients treated for alcoholism in German inpatient substance abuse treatment centres is about three times higher (i.e. 82% and 97%) than the average of the general population (Metz, 2005). The special problem with alcohol addicted smokers is that many of them are heavy smokers, and that their motivation for change and also their resources and abilities to reduce their tobacco consumption are below average (Novy, 2001).

Since the relative chance of long-term abstinence for dual addicted patients (addicted to alcohol and nicotine) cannot be increased solely by person-centered measures (Prochaska, Delucchi & Hall, 2004), Donath and colleagues (2005) come to the conclusion that person-centered measures should be accompanied by structural measures at (institutional) meso level.

For the WIRK II study⁴, a holistic approach has been chosen to support the alcohol addicted smokers in inpatient substance abuse treatment centres on their way to tobacco reduction and abstinence. All general conditions and measures created or taken by the clinic staff to positively influence the patients' smoking behaviour, their motivation, attitudes, resources and abilities to reduce their tobacco consumption, are summarised under the generic term „tobacco policy“.

In the first part of the WIRK II study, Donath (2007) was able to describe the „tobacco policies“ of inpatient substance abuse treatment centres with the aid of an integrative model. In addition she showed that the patients' smoking behaviour and their motivation, attitudes, resources and abilities to reduce their tobacco consumption can rather be improved in treatment centres with a restrictive „tobacco policy“, rather than in treatment centres with a permissive „tobacco policy“.

In the second part of the WIRK II study, Kühnel, Metz & Kipke (2007) established that an intervention⁵ significantly improved the „tobacco policy“ in the intervention group's treatment centres while a similar improvement in the control group's treatment centres failed to appear.

Aim: The aim of this paper (the concluding third part of the WIRK II study) is to validate the scale of the „tobacco policy“ measurement as well as the predictive value of the (change in the) „tobacco policy“ for the patients' smoking behaviour and the motivation for non-smoking, and to examine the intervention's effect on the smoking behaviour, the motivation for stopping and the patients' smoking abstinence self-efficacy.

Method: The study was a randomised treatment-waiting-control-group design with 40 treatment centres in total, with 200 employees and 1,225 patients surveyed. In the 18 treatment centres of the intervention group, an intervention for the „tobacco policy“ improvement took place. In the control group, this intervention did not take place until the completion of the study.

⁴ WIRK II study - „Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken - Teil 2“; see also „Förderhinweis“.

⁵ The intervention of the WIRK II study was conducted among treatment centre employees with the objective of influencing „tobacco policy“ within the treatment centres (see also chapter 3.4). This intervention was not a smoking withdrawal programme.

The aim of the intervention was to improve the „tobacco policy“ in the respective treatment centres. The intervention was aimed at the employees of the treatment centres and comprised three parts:

(1) The training in the implementation and improvement of structural measures and (2) the training in person-centered measures took place during a three-day workshop (November 2005). Added to this was (3) the continuous monitoring of the initiated changing process and the support during the introduction and implementation of withdrawal measures through the research team.

The „tobacco policy“ was surveyed by interviewing the clinic personnel before and after the intervention (the two interviews took place with a time lag of approx. nine months) with the seven subscales „smoking rules“, „consequences“, „assessment“, „tobacco withdrawal“, „competency“, „non-smoker protection“, and „engagement“.

The patients examined in this thesis were recruited after the intervention. At the beginning and end of their hospitalisation they were interviewed on social demographics, their smoking behaviour and motivation for stopping, and their smoking-related resources. The results were evaluated through regression analyses with due regard to cluster randomisation.

Results: The scales for the assessment of the „tobacco policy“ basically meet test-theoretical requirements. Homogeneity analyses allow a two-factor scale with the constructs „supporting measures“ (comprising the subscales „competency“, „engagement“, „tobacco withdrawal“, and „assessment“) and „structural measures“ (subscales: „consequences“, „smoking rules“, and „non-smoker protection“). The convergent validity of the „tobacco policy“-scale can be proven on the basis of the smoking-related „clinic ambience“ from the employees' point of view.

The patients' abstinence rate significantly increased between clinic admission (t_{0_M}) and discharge (t_{1_M}) by 4.1 percentage points (according to the „Last Observation Carried Forward“ method, LOCF: 1.8 percentage points), and the average number of cigarettes smoked per day (Quantity Frequency Index, QFI) significantly decreased by 5.0 (LOCF: 2.2). Statistically significant differences between the intervention group and the control group cannot be found.

The motivation for change decreased slightly (significantly in the control group), and the smoking abstinence self-efficacy did not change significantly. Statistically relevant group differences did not exist.

The scales for the measurement of the „tobacco policy“ were subordinate predictors for the change of motivation and the „smoking abstinence self-efficacy“. Statistically relevant predictors for the change of smoking behaviour were primarily person-centered constructs at (personal) micro level („trans-theoretical model“, „want rating“, and „smoking abstinence self-efficacy“), while aspects of the „tobacco policy“ at meso level only played a minor part.

Discussion: The intervention at clinic and meso level caused a particular improvement of the „structural scopes“ of the „tobacco policy“ in the intervention group's treatment centre. However, since the most relevant predictors for tobacco reduction and abstinence are to be found at the person's micro level, future measures for the „tobacco policy“ improvement

should primarily be aimed at the less developed „supported scopes“ of the „tobacco policy“ (like „tobacco withdrawal“ and „competency“ in dealing with alcohol addicted smokers), in order to strengthen motivation, resources and abilities of alcohol addicted smokers which are helpful for the patient’s path to non-smoking. The question whether and how the improvement of the „supporting scopes“ of the „tobacco policy“ actually influences the patients’ smoking behaviour should be examined in future research. Altogether, the intervention did not affect the change in smoking behaviour, the motivation for change, or the „smoking abstinence self-efficacy“, which is due to the very economical intervention in the present study. More intensive training and monitoring of the clinic personnel in future projects would make an improvement of the „tobacco policy“ more likely.

Inhalt

Zusammenfassung	V
Summary	VIII
Inhalt	XI
1 Theoretischer und empirischer Hintergrund	14
1.1 Rauchen und Alkohol	14
1.1.1 Rauchprävalenz in der Allgemeinbevölkerung und unter Alkoholabhängigen.....	14
1.1.2 Besonderheiten der alkoholabhängigen Raucher	14
1.2 Suchtentstehung	17
1.2.1 Das Dreifaktorenmodell zur Suchtentstehung.....	17
1.2.2 Modell der Bilanz personaler Widersprüchlichkeiten.....	18
1.3 Interventionsmöglichkeiten.....	19
1.3.1 Strukturelle Maßnahmen auf Makroebene	20
1.3.2 Strukturelle Maßnahmen auf Mesoebene	21
1.3.3 Personenzentrierte Maßnahmen (Mikroebene).....	22
1.3.4 Maßnahmen zur Tabakreduktion in Deutschland während der Studie (2006)	24
1.3.5 Schlussfolgerungen aus der Literatur.....	24
1.4 „Tabakpolitik“ in Suchtrehabilitationskliniken	25
1.4.1 Worauf soll „Tabakpolitik“ in Suchtrehabilitationskliniken wirken?.....	27
1.4.2 Das Konzept der „Tabakpolitik“ in Suchtrehabilitationskliniken nach Donath (2007).....	29
1.5 Herleitung der Fragestellungen	33
2 Fragestellungen und Hypothesen	35
3 Methodik	39
3.1 Untersuchungsdesign.....	39
3.2 Durchführung.....	40
3.2.1 Rekrutierung auf Klinikebene	40
3.2.2 Rekrutierung der Mitarbeiter.....	41
3.2.3 Rekrutierung auf Patientenebene.....	41
3.3 Stichprobe	41
3.3.1 Klinik-und Mitarbeiterstichprobe	41
3.3.2 Patientenstichprobe.....	42
3.4 Intervention zur Beeinflussung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken	43
3.4.1 Schulung von strukturellen Maßnahmen.....	44
3.4.2 Schulung von personenzentrierten Maßnahmen	44
3.4.3 Prozessbegleitung.....	44

3.5	Instrumente	44
3.5.1	Befragung der Mitarbeiter zur Stuserhebung (t_{0_M}) und zur Interventionserhebung (t_{1_M})	45
3.5.2	Befragung der Patienten zur Aufnahme (t_{0_p}) und zur Entlassung (t_{1_p})	48
3.6	Statistische Analysen	50
3.6.1	Umgang mit Dropouts	50
3.6.2	Computerprogramme	50
4	Ergebnisse	51
4.1	Mitarbeiter und Kliniken	51
4.1.1	Halte- und Ausfallstichprobe	51
4.1.2	Prätestäquivalenz Mitarbeiter	52
4.1.3	Deskriptive Darstellung rauchbezogener Variablen und der „Tabakpolitik“	54
4.2	Patienten	56
4.2.1	Halte- und Ausfallstichprobe	56
4.2.2	Prätestäquivalenz Patienten	57
4.2.3	Deskriptive Darstellung der rauchbezogenen Variablen	60
4.3	Überprüfung der Hypothesen	61
4.3.1	Validierung der „Tabakpolitik“-Skala	61
4.3.2	Abstinenz	63
4.3.3	„Menge-Frequenz-Index“ (MFI)	64
4.3.4	„Transtheoretisches Modell“ (TTM)	66
4.3.5	„Wollensrating“	67
4.3.6	„Rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)“	68
4.3.7	Prädiktion der Veränderung des Rauchverhaltens der „Aufhörmotivation“ und der „Selbstwirksamkeitserwartung“	69
4.3.8	Zusammenfassung der Hypothesenprüfung	69
5	Diskussion	75
5.1	Methodische Qualität der Studie	75
5.1.1	Validität der statistischen Schlussfolgerung	75
5.1.2	Interne Validität	77
5.1.3	Konstruktvalidität	78
5.1.4	Externe Validität	79
5.2	Diskussion der Ergebnisse	80
5.2.1	Fragestellung 1: Validierung der „Tabakpolitik“-Skala	80
5.2.2	Fragestellungen 2 und 4: Veränderung des Rauchverhaltens	81
5.2.3	Fragestellungen 3 und 5: Veränderung der „Aufhörmotivation“, des „Wollensratings“ und der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“	81

5.2.4	Fragestellung 6/1: Prädiktion der Veränderung des Rauchverhaltens	82
5.2.5	Fragestellung 6/2: Prädiktion der „Aufhörmotivation“, des „Wollensratings“ und der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“	83
5.3	Wirksamkeit der Intervention	83
5.4	Limitationen	84
5.5	Fazit	84
6	Literatur	87
7	Anhang	95
7.1	Tabellenverzeichnis	95
7.2	Abbildungsverzeichnis	95
7.3	Informationsblatt Mitarbeiter	96
7.4	Informationsblatt Patienten	98
7.5	Einwilligungserklärung Patienten	100
7.6	Fragebogen Mitarbeiter t_{0_M} und t_{1_M}	101
7.7	Fragebogen Patienten t_{0_P}	109
7.8	Fragebogen Patienten t_{1_P}	117

1 Theoretischer und empirischer Hintergrund

Der Theorieteil soll einen Überblick über die spezielle Problematik des Tabakkonsums unter Alkoholabhängigen und dem damit verbundenen erhöhten Gesundheitsrisiko geben sowie das Konzept der „Tabakpolitik“ und dessen Potential zur Verringerung des Rauchens darstellen.

1.1 Rauchen und Alkohol

Rauchen gilt als das größte zu vermeidende Gesundheitsrisiko mit weltweit 59 Mio. verlorenen Lebensjahren (Disability-Adjusted Life Year, DALY; [Ezzati et al., 2002]). Die Zahl der jährlichen „Tabaktoten“ in Deutschland liegt zwischen 110.000 und 140.000 (John & Hanke, 2001; Neubauer et al., 2006). Das Risiko, an den Folgen des Tabakkonsums zu versterben, ist bei alkoholabhängigen Rauchern noch deutlich erhöht. So weisen Batra & Buchkremer (2001) z.B. darauf hin, dass das Mortalitätsrisiko unter 60 Jahren für alkoholabhängige Raucher (31%) noch deutlich höher ist als bei Rauchern (18%) oder bei Alkoholabhängigen (22%).

1.1.1 Rauchprävalenz in der Allgemeinbevölkerung und unter Alkoholabhängigen

In der erwachsenen Allgemeinbevölkerung liegt der Anteil der aktuellen Raucher (30-Tage-Prävalenz) bei 31,8% (Männer: 35,8%; Frauen; 27,8%) von denen 21,7% (insgesamt 7,3%) eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV aufweisen (Baumeister et al., 2008). Bei Alkoholabhängigen wird in verschiedenen Studien von Rauchprävalenzen zwischen 82% und 97% (Metz, 2005) berichtet: Die Rauchprävalenz unter Alkoholabhängigen beträgt also ungefähr das Dreifache der Rate in der Allgemeinbevölkerung. Neben der Prävalenz unterscheidet sich auch das Rauchverhalten zwischen Rauchern und alkoholabhängigen Rauchern insofern, als alkoholabhängige Raucher mehr und stärkere Zigaretten rauchen, intensiver inhalieren und schwerer nikotinabhängig sind (Novy, 2001).

1.1.2 Besonderheiten der alkoholabhängigen Raucher

Die Gruppe der alkoholabhängigen Raucher ist im Vergleich zu anderen Rauchern deutlich stärker gesundheitlich belastet. Neben mehr physischen Gesundheitsproblemen und einer stärkeren (Nikotin-) Entzugssymptomatik (Burling et al., 1997; Marks, 1997) ist auch die psychische Gesundheit stärker eingeschränkt als die anderer Raucher. Außer der Alkoholabhängigkeit treten auch depressive Verstimmungen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen häufiger auf als in der „nur rauchenden“ Allgemeinbevölkerung (Burling et al., 1997; Novy, 2001; Saxon, 2003).

Auch protektive Faktoren, die positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von alkoholabhängigen Rauchern haben, sind zum Teil niedriger ausgeprägt als bei nicht-alkoholabhängigen Rauchern. So konnte Donath (2007) zeigen, dass die allgemeine soziale Unterstützung bei Alkoholabhängigen geringer ist als in der Allgemeinbevölkerung und auch mit großer Wahrscheinlichkeit das soziale Umfeld, das heißt Familie und Bekannte, raucht (Burling et al., 1997; Kotz, 1993). Dennoch sind trotz mitunter kritischer bzw. fehlender sozialer Unterstützung viele der alkoholabhängigen Raucher motiviert aufzuhören bzw.

unterscheiden sich im Vergleich zu anderen Rehabilitationspatienten grundsätzlich nicht in ihrer Motivation ihren Tabakkonsum zu reduzieren (Bühler, Metz & Kröger, 2004). Viele internele affektive und kognitive Barrieren erschweren den alkoholabhängigen Rauchern das Nichtrauchen (Novy, 2001). Der größte Teil dieser Gruppe befindet sich nach dem „Transtheoretischen Modell“ (TTM, siehe Exkurs) im Stadium der Absichtslosigkeit (Donath, 2007) bzw. im Vergleich mit nicht alkoholabhängigen Rauchern durchschnittlich in einem früheren Stadium der Veränderungsbereitschaft (Bühler, Metz & Kröger, 2004; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Die Stärke der Nikotinabhängigkeit und das Stadium der Veränderungsbereitschaft gehören zu den stärksten Prädiktoren für spätere Nikotinabstinenz (Bobo et al., 1996; Hyland et al., 2004; Ward, Klesges & Halpern, 1997). Da sich alkoholabhängige Raucher in einem früheren Stadium der Veränderungsbereitschaft befinden und ihre Nikotinabhängigkeit vergleichsweise hoch ist, sind niedrigere Abstinenzquoten als in der Allgemeinbevölkerung folgerichtig (Fiore et al., 2000; Metz, Kröger & Bühringer, 2005; Sussman, 2002).

Verbunden mit dem Stadium der Veränderungsbereitschaft ist die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“, die ebenfalls ein bedeutsamer Prädiktor für die Veränderung des Rauchverhaltens ist (Carey, 1993; Metz, 2005). Die in dieser Arbeit betrachtete „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ beschreibt die Abstinenzzuversicht der Patienten. Es geht also darum, inwieweit sich die Patienten trotz Widerständen und Rückschlägen zutrauen, tabakabstinent zu werden oder zu bleiben. Laut Prochaska und Kollegen (1992) steigt mit dem Stadium der Veränderungsbereitschaft auch die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“. Folgerichtig konnten Bühler und Kollegen (2004) sowie Irving und Kollegen (1994) in ihren Arbeiten zeigen: Alkoholabhängige Raucher befinden sich im Vergleich zu anderen Rauchern in relativ frühen Stadien der Veränderungsbereitschaft und ihre „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ ist geringer ausgeprägt.

Exkurs: Das „Transtheoretische Modell“ (TTM) nach Prochaska & DiClemente (1983)

Das „Transtheoretische Modell“ (TTM) von Prochaska und DiClemente (1983) wurde entwickelt, um menschliche Veränderungsprozesse in ihrem Ablauf zu erklären (Abbildung 1.1). Das dynamische Modell besteht aus fünf Phasen, die der Mensch bei (Gesundheits-) Verhaltensänderungen durchläuft. Die Phasen des Modells werden als Stadien der Veränderungsbereitschaft („Aufhörmotivation“) bezeichnet. Das Modell wurde empirisch überprüft und validiert und ist zunächst auf das Rauchen bezogen worden, hat sich aber auch für eine Reihe anderer Gesundheitsverhaltensweisen (Essverhalten, Vorbeugung sexuell übertragbarer Krankheiten) als hilfreich erwiesen. Die Stadien sind Absichtslosigkeit (Precontemplation), Absichtsbildung (Contemplation), Handlungsvorbereitung (Preaction), Handlung (Action) und Aufrechterhaltung (Maintenance). Die einzelnen Phasen wurden definiert und beschreiben jeweils den aktuellen Stand der Gesundheitsverhaltensänderung. Am Beispiel des Rauchens werden die fünf Stadien folgendermaßen definiert:

- Absichtslosigkeit: Die Einstellung des Rauchens wird nicht innerhalb der nächsten sechs Monate in Betracht gezogen.

- **Absichtsbildung:** An die Einstellung des Rauchens innerhalb der nächsten sechs Monate wird ernsthaft gedacht; jedoch nicht innerhalb der nächsten 30 Tage und im vergangenen Jahr wurde kein mindestens 24-stündiger Versuch unternommen, das Rauchen einzustellen.
- **Vorbereitung:** An die Einstellung des Rauchens innerhalb der nächsten 30 Tage wird ernsthaft gedacht und im vergangenen Jahr wurde mindestens ein 24-stündiger Versuch unternommen, das Rauchen einzustellen.
- **Handlung:** Die ersten sechs Monate der Rauchabstinenz.
- **Aufrechterhaltung:** Rauchabstinenz über die ersten 6 Monate hinaus.

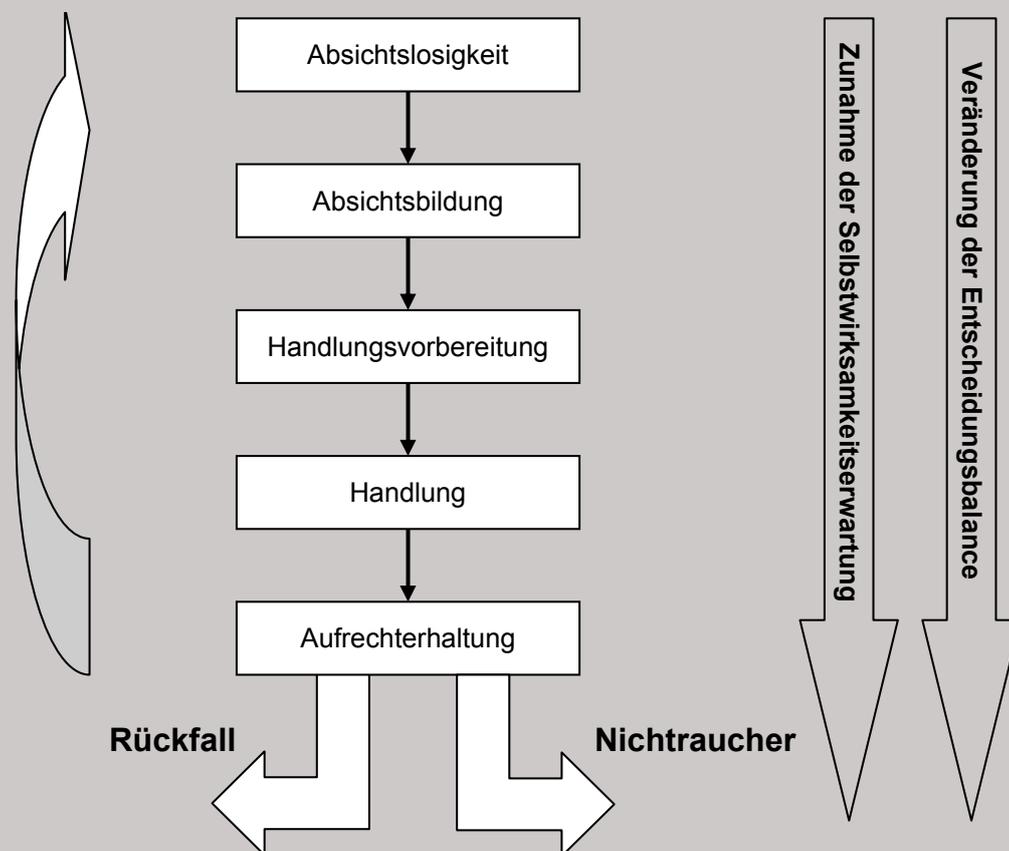


Abbildung 1.1: Das „Transtheoretische Modell“

Die Autoren sprechen insbesondere bei Suchtverhalten wie Zigarettenrauchen beim Durchlaufen des Modells von Zyklusabläufen, die durch Rückfälle (Relapse) immer wieder in Gang gehalten werden (DiClemente et al., 1991).

Die Stadien der Veränderungsbereitschaft sind eng gekoppelt mit „rauchbezogener Selbstwirksamkeitserwartung“, der „Entscheidungsbalance“ und mit dem Prozess der Gesundheitsverhaltensänderung an sich. Die „Entscheidungsbalance“ wird im TTM durch kognitive und motivationale Aspekte der Entscheidungsfindung repräsentiert, die durch Vorteile der Verhaltensänderung (Pros) und Nachteile der Verhaltensänderung (Cons)

ausgedrückt werden. Es konnte gezeigt werden, dass sich durch Stadienprogression die „Entscheidungsbalance“ zugunsten der Nachteile und zuungunsten der Vorteile des Rauchens verschiebt sowie die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ steigt (DiClemente et al., 1991).

Obwohl das TTM in verschiedenen empirischen Befunden (z.B. Oldenburg, Glanz & Ffrench, 1999) zur Beschreibung der Veränderungsmotivation von Rauchern gestützt wird, betrachten einige Kritiker das TTM mit Skepsis. Kritisiert wird das TTM unter anderem, weil die empirische Absicherung auf Querschnittstudien basiere, für die Prüfung eines dynamischen Modells aber längsschnittliche Untersuchungen angezeigt sind (Sniehotta & Schwarzer, 2002). Verschiedene Längsschnittstudien (Herzog, Abrams, Emons, Linnan und Shadel, 1999; Quinlan und McCaul, 2000), die zeigen sollen, dass zum Beispiel die Pros und Cons auf verschiedenen Stufen theoriegerecht ausgeprägt sind und sich Behandlungsprogramme auf Personen zuschneiden lassen, die sich auf einer bestimmten Stufe befinden, die Determinanten des Übergangs also zwischen den Stufen differieren, konnten keine empirische Evidenz für das TTM finden. Nur partiell konnte es von Kraft, Sutton und McCreath Reynolds (1999) bestätigt werden. Anlass zur Kritik geben neben der unbefriedigenden empirischen Konfirmation auch theoretische Überlegungen. Am deutlichsten wird die Definition der fünf Stufen kritisiert (Sutton, 2000; West 2005). Der Algorithmus erscheine willkürlich, indem er zeitliche, intentionale und behaviorale Aspekte miteinander vermische. Es handele sich um eine ganz pragmatische Einteilung, die aufgrund von Erfahrungen in der klinischen Praxis mit Suchtmittelabhängigen entstanden sei. Es erscheine zum Beispiel nicht nachvollziehbar, dass jemand nur dann in die Vorbereitungsstufe gelangen kann, wenn er schon einmal in der Vergangenheit einen Entwöhnungsversuch gemacht hat. Trennwerte in Wochen oder Monaten erscheinen arbiträr und grob. Besser wäre es, distinkte psychologische Kategorien zu verwenden wie z.B. die Bildung einer expliziten Intention (Sniehotta & Schwarzer, 2002). Trotz aller Kritik gilt das TTM in der empirischen Forschung zur Veränderungsmotivation von Rauchern als pragmatisches Modell mit zuverlässigem prädiktivem Wert (Hodgins, 2005).

1.2 Suchtentstehung

1.2.1 Das Dreifaktorenmodell zur Suchtentstehung

Nach der Darstellung der epidemiologischen Aspekte und der Besonderheiten der alkoholabhängigen Raucher soll an dieser Stelle als metatheoretischer Rahmen die Entstehung von (Nikotin- und Alkohol-) Sucht beschrieben werden. Dabei wird als Heuristik zur Beschreibung der Suchtentstehung das integrative Dreifaktorenmodell zur Suchtentstehung herangezogen, welches auf dem biopsychosozialen Ursachenmodell nach Feuerlein (zitiert nach Tretter & Müller, 2001) basiert (Abbildung 1.2). Die drei Faktoren dieses Modells sind Person (genetische und persönlichkeitsbedingte Disposition), Umwelt (soziales Umfeld) und Droge (Substanz mit hohem Suchtpotential). Demnach kann eine andauernde ungünstige Interaktion dieser drei Faktoren zur Entwicklung einer Sucht führen. Analog zur

kognitiv-transaktionalen Stresstheorie (Lazarus, 1991) führt eine mangelhafte Passung von Person- und Umweltmerkmalen zu Stress, der durch Substanzkonsum reguliert werden soll. Zu einer dauerhaften Abhängigkeit führt dann das Suchtpotential der konsumierten Drogen. Neurobiologisch lässt sich der Konsum von Alkohol und Nikotin als Mittel zur Stressregulation damit erklären, dass beide Substanzen angstreduzierende und stimmungsaufhellende Effekte haben. Nikotin gelangt in Sekundenschnelle ins Gehirn, bindet an nikotineren Acetylcholinrezeptoren und führt zu einem unmittelbaren Anstieg der Konzentration verschiedener Neurotransmitter (Adrenalin, Noradrenalin, Endorphin, Dopamin, Vasopressin, Serotonin), was u.a. eine Stimulation des dopaminergen Belohnungssystems bewirkt. Die Stimulation des Belohnungssystems führt ihrerseits zu besserem Wohlbefinden, Stressreduktion und Verminderung des Hungergefühls (Tretter & Müller, 2001). Die Kombination von Alkohol und Nikotin scheint diesen Effekt noch zu verstärken (Onaivi, Todd & Martin, 1989), da Alkohol, ähnlich wie Nikotin, sehr schnell die Blut-Hirnschranke passiert und im Gehirn (im mesolimbischen System) das dopaminerge Belohnungssystem stimuliert (Soyka & Küfner, 2008), was wiederum die Aktivierung der Nikotinrezeptoren hervorruft (Blomqvist et al., 1993). Entzug von chronischem Alkohol- bzw. Nikotinkonsum führt zu einer verminderten Dopaminausschüttung, was vermutlich mit einer verminderten Wahrnehmungsfähigkeit positiver Gefühle einhergeht (Little, 2000) und wiederum ein Grund für Rückfälle sein könnte, da mit dem Substanzkonsum positive Gefühle assoziiert sind. In dieser Arbeit liegt der Fokus vor allem auf den beiden Faktoren Person und Umwelt, an denen die in dieser Studie durchgeführten Interventionsmaßnahmen⁶ ansetzen sollen.

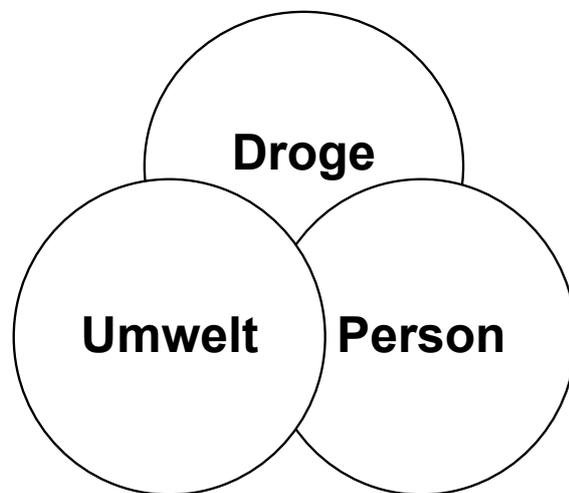


Abbildung 1.2: Das Dreifaktorenmodell der Suchtentstehung nach Feuerlein

1.2.2 Modell der Bilanz personaler Widersprüchlichkeiten

Während das Dreifaktorenmodell der Suchtentstehung einen metatheoretischen Rahmen darstellt, soll anhand des folgenden Modells genauer auf die Reziprozität von Umwelt- und Personfaktor, die der Ansatzpunkt der Interventionsmaßnahmen dieser Studie ist, eingegangen werden. Das Modell der Bilanz personaler Widersprüchlichkeiten (Schröder & Hackhausen, 2001) beinhaltet neben individuellen kognitiven, motivationalen und emotionalen

⁶ Die in der WIRK-II-Studie durchgeführte (und damit für die vorliegende Arbeit maßgebliche) Intervention fand nur auf Ebene des Klinikpersonals statt und zielte auf eine Beeinflussung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken ab (siehe auch Kapitel 3.4). Bei dieser Intervention handelte es sich also nicht um direkte Rauchentwöhnungsmaßnahmen für die Patienten.

Bedingungsfaktoren des Verhaltens auch das Setting sowie makrosoziale Einflüsse. Nach diesem Modell befindet sich das Individuum in einem ständigen Spannungsverhältnis zwischen eigenen Fähigkeiten, Motiven, Werten, Bedürfnissen und verfügbaren Ressourcen auf der einen sowie Anforderungen von außen auf der anderen Seite. Wenn es misslingt dieses Spannungsverhältnis der Faktoren im Gleichgewicht zu halten, folgen physische und emotionale Reaktionen des Individuums sowie kompensatorisches Verhalten, welche im Zusammenspiel gesundheitsgefährdend sind, nämlich dann, wenn das Spannungsfeld aus dem Gleichgewicht gerät und negative Emotionen folgen, die dann inkompetent reguliert werden, indem Substanzen zur Veränderung des Gemütszustandes konsumiert werden. Diese Inkompetenzen in der Emotionsregulation haben bei der Suchtentstehung einen zentralen Stellenwert (Schröder & Petry, 2003) und erhöhen bei dauerhafter Verwendung dieser Strategie das Risiko für Substanzabhängigkeiten (Donath, 2007).

Im Modell der Bilanz personaler Widersprüchlichkeiten befindet sich das Individuum mit seinem individuellen Widerspruchsfeld (Mikroebene) außerdem in ständiger Interaktion mit Mesoebene (das sozioökologische Lebensfeld einer Person) und Makroebene (gesellschaftliche Basisbedingungen; zur genaueren Beschreibung von Mikro-, Meso- und Makroebene siehe auch Kapitel 1.3). Zur Suchtentstehung kommt es, wenn das individuelle Widerspruchsfeld aus den Fugen gerät, d.h. die Anforderungen die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen übersteigen und auf eigene Bedürfnisse und Motive keine Rücksicht mehr genommen werden kann. Als Kompensation werden Suchtmittel gebraucht, was zur kurzfristigen Bewältigung von negativen Emotionen und mit Stress in Verbindung stehenden unangenehmen Reaktivitäten sowie zur kurzfristigen Wiederherstellung des Gleichgewichts führt. Dieses, über einen längeren Zeitraum ausgeübte, Stressbewältigungsverhalten kann im Zusammenspiel mit biologischen Faktoren und dem Suchtpotential der konsumierten Substanz zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung führen. Dieser Prozess wird von einem den Suchtmittelgebrauch fördernden Lebensumfeld (z. B. Freunde, Familie, die auch Substanzen als Copingstrategie nutzen) sowie in einer den Suchtgebrauch tolerierenden Gesellschaft (preisgünstige, gut verfügbare Substanzen) noch beschleunigt (Donath, 2007).

1.3 Interventionsmöglichkeiten

Interventionsmöglichkeiten gibt es auf drei Ebenen (adaptiert nach Bronfenbrenner, 1986). Auf der Mikroebene geht es um personenzentrierte Maßnahmen für das Individuum (verhaltensbezogene Maßnahmen) wie z.B. Tabakentwöhnungsprogramme. Die beiden anderen Ebenen sind eher strukturell (verhältnisbezogene Maßnahmen). Dabei wird zwischen Makroebene (z.B. der Nationalstaat, der Gesetze erlässt) und Mesoebene (z.B. der Arbeitsplatz ohne Raucherzimmer) unterschieden. Tabelle 1.1 gibt einen kurzen Überblick über einige der in den Abschnitten 1.3.1 bis 1.3.3 beschriebenen Interventionsmöglichkeiten auf Makro-, Meso-, und Mikroebene zur Reduktion von Tabaknachfrage und Tabakangebot.

Tabelle 1.1: Übersicht der Interventionsmöglichkeiten auf Makro-, Meso- und Mikroebene

	Nachfragereduktion	Angebotsreduktion
Makroebene (z.B. Nationalstaat)	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Tabaksteuer • Zugang zu Tabakentwöhnung • Publikationen von Forschungsergebnissen zu den gesundheitlichen Folgen des Rauchens • Warnhinweise auf Verpackung • Gegenwerbung in Massenmedien • Rauchverbote 	<ul style="list-style-type: none"> • Zugriffsbeschränkungen für Kinder und Jugendliche • Tabakverbote • Handelsbeschränkungen • Bekämpfung des Schmuggels • Abbau von Subventionen
Mesoebene (z.B. Arbeitsplatz)	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote zur betrieblichen Tabakentwöhnung 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Raucherzonen am Arbeitsplatz
Mikroebene (Individuum)	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapeutische Interventionen (individuell oder Gruppe) • Nikotinersatztherapien 	

1.3.1 Strukturelle Maßnahmen auf Makroebene

Auf Makroebene kann man zwischen Maßnahmen zur Verringerung des Tabakangebotes („supply reduction“) und Maßnahmen zur Verringerung der Nachfrage nach Tabakprodukten („demand reduction“) unterscheiden. Typische Maßnahmen, die das Ziel haben das Tabakangebot zu verringern sind Tabakverbote, Zugriffsbeschränkungen für Kinder und Jugendliche, Abbau von Subventionen für Erzeuger, internationale Handelsbeschränkungen und die strikte Bekämpfung des Schmuggels. Angebotsreduzierende Maßnahmen erwiesen sich bislang (auch international) als wenig effektiv und schwer praktikabel. Allein multilaterale Handelsbeschränkungen sowie internationale Kooperationen und effektivere Methoden trugen zur Bekämpfung des Schmuggels und damit zur Angebotsreduktion bei (US Department of Health and Human Services & Centers for Disease Control and Prevention, 2000). Dagegen erwiesen sich Verkaufsbeschränkungen bislang als relativ wirkungslos, da sie sich nur schlecht kontrollieren lassen, die Compliance der Käufer und Verkäufer meist gering ist und immer wieder Lücken entstehen, die die Verkaufsbeschränkungen unterminieren (Chaloupka und Grossman, 1996).

Maßnahmen zur Nachfragereduktion sind vor allem die Anhebung von Tabaksteuern, der Zugang zu Tabakentwöhnungsmaßnahmen und Nikotinersatztherapien sowie Publikationen von Forschungsergebnissen zu den gesundheitlichen Folgen des Rauchens, Warnhinweise auf Tabakverpackungen, Gegenwerbung in den Massenmedien und Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden und auf öffentlichen Plätzen. Untersuchungen von Nachfrage reduzierenden Maßnahmen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2003) belegen eine gewisse Effektivität hinsichtlich sinkender Rauchprävalenzen in der Bevölkerung. Als effektive Instrumente zur Senkung des Tabakkonsums erwiesen sich insbesondere Erhöhungen der Tabaksteuern (vor allem für Jugendliche) (US Department of Health and Human Services & Centers for Disease Control and Prevention, 2000) und Rauchverbote (Schmidt, 2001): Preissteigerungen (Erhöhungen der Tabaksteuer) gelten als die wirksamste Einzelmethode zur Reduktion von Tabakkonsum bei Jugendlichen (und Erwachsenen) (Jha & Chaloupka,

2000), da sie aufgrund ihrer verhaltenssteuernden Potenziale effizient eingesetzt werden können (Schmidt, 2001), um insgesamt den Anteil der Tabakkonsumenten zu reduzieren, die Menge der konsumierten Zigaretten der einzelnen Raucher zu reduzieren und den Einstieg in den Zigarettenkonsum zu reduzieren (International Consultation on Tobacco and Youth, 1999).

Rauchverbote (z.B. am Arbeitsplatz, siehe auch Kapitel 1.3.2) schützen nicht nur Nichtraucher vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens, sondern haben auch eine gesundheitsförderliche Wirkung auf Raucher, da diese mit der Ausweitung von Nichtraucherzonen ihren Konsum einschränken müssen (Schmidt, 2001). Wirksam sind Rauchrestriktionen aber nur dann, wenn sie streng kontrolliert und sanktioniert werden (Wakefield et al., 2000). Reid (1996) resümiert, dass konsumeinschränkende Maßnahmen insgesamt zu unterstützen seien, da sie protektive Rahmenbedingungen ausweiten und ein Klima schaffen, in dem Tabakkonsum nicht als gesundheitsirrelevantes Alltagsverhalten bagatellisiert wird.

1.3.2 Strukturelle Maßnahmen auf Mesoebene

Neben den strukturellen Maßnahmen auf Makroebene, die fast ausschließlich auf Verordnungen und Verboten basieren, gibt es auch strukturelle Maßnahmen auf der Mesoebene. Maßnahmen zur Tabakreduktion auf Meso- also auf Gemeinde- oder Institutionsebene können lokal begrenzte Rauchverbote (am Arbeitsplatz) oder auch Angebote von Entwöhnungsprogrammen sein. Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken sind in diesem Sinne sehr gute Beispiele für die Mesoebene, da dieses spezielle Setting viele Möglichkeiten bietet, Regelungen zu finden und Angebote zu machen, um den Tabakkonsum zu reduzieren oder zu beenden. Speziell in Psychiatrien und Suchttherapieeinrichtungen ist ein verbindlicher Umgang mit dem Tabakkonsum nötig, da diese Institutionen selbst vom national restriktivsten Nichtrauchererschutzgesetz, dem Gesundheitsschutzgesetz⁷ in Bayern (GSG, in Kraft getreten am 01.08.2010, nach Beendigung der Studie), ausgenommen sind und somit eindeutige Regelungen auf Makroebene fehlen.

Wirksamkeit von Maßnahmen auf Mesoebene

Wirksamkeit von „Tabakpolitik“ im nichtklinischen Bereich

Die grundsätzliche Frage ist, ob Rahmenbedingungen auf Mesoebene das Rauchverhalten beeinflussen können bzw. ob ein Umfeld geschaffen werden kann, das Nichtrauchen fördert und das Rauchen so unattraktiv macht, dass es lieber unterlassen wird (Donath, 2007). In einem Review haben Fichtenberg & Glantz (2002) den Effekt von rauchfreien Arbeitsplätzen in USA, Australien, Kanada und Deutschland beschrieben. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass das Rauchverbot an den Arbeitsplätzen mit dem Rückgang der Rauchprävalenz um 3,8% und dem Rückgang des täglichen Konsums um 3,1 Zigaretten pro Tag assoziiert ist. In einer weiteren repräsentativen Studie zum Einfluss von Rauchverboten am Arbeitsplatz in den USA konnte gezeigt werden, dass die Rauchprävalenz an komplett rauchfreien Arbeitsplätzen um ca. sechs Prozentpunkte gesunken ist und der durchschnittliche Konsum der verbliebenen Raucher um 14% unter dem der Angestellten liegt, an deren Arbeitsplätzen keine oder kaum Rauchverbote gelten (Farely, Evans & Sfekas,

⁷ www.stmug.bayern.de/gesundheits/aufklaerung_vorbeugung/giba/rauchen/doc/gesetzentwurf_volksbegehr_ba.pdf

1999). Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass die Angestellten mit den höchsten Konsumraten am meisten von den Rauchverböten profitieren, aber auch, dass Rauchverböte branchen-, schicht- und altersübergreifend helfen, den Konsum zu reduzieren. Weitere Untersuchungen am Arbeitsplatz und im familiären Haushalt (Farkas et al., 1999) zeigen, dass Rauchverböte die Wahrscheinlichkeit für Aufhörversuche erhöhen, die Rückfallwahrscheinlichkeit dieser Raucher senken und dass verbleibende Raucher eher leichte Raucher sind. Am erfolgversprechendsten scheint daher ein Multikomponentenansatz zu sein, der neben Rauchverböten an öffentlichen Plätzen, am Arbeitsplatz und im Haushalt auch Aufklärungskampagnen einschließt (Serra et al., 2000).

Wirksamkeit von strukturellen Maßnahmen in Kliniken

In einem 22 Studien umfassenden Review (Serra et al., 2000) wurden auch einige Studien zu den Effekten von Rauchverböten in Krankenhäusern berücksichtigt. Einige Fallstudien in Allgemeinkrankenhäusern belegen die erfolgreiche Umsetzung und Wirksamkeit von restriktiver „Tabakpolitik“ unter der Voraussetzung, dass sie gut geplant sowie sensibel und mit Unterstützung der Mitarbeiter implementiert wurde (Seymour, 1999, 2000).

Dass sich Allgemeinkrankenhäuser von Suchtrehabilitationen in Bezug auf die Implementierung von „Tabakpolitik“ unterscheiden, machen Emmons & Biener (1993) auch an der Tatsache fest, dass die Einführung von restriktiver „Tabakpolitik“ in den Krankenhäusern wahrscheinlicher ist, in denen eine suchtherapeutische Abteilung fehlt, da in suchtherapeutischen Abteilungen die Rauchprävalenz höher und der Widerstand gegen (weitere) Einschränkungen des Tabakkonsums stärker ist. Longo und Kollegen (1998) zeigten, dass 96% der in ihrer Untersuchung befragten Krankenhäuser die Leitlinie der „Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations“ (1993) implementierten, von denen 95% ihre „Tabakpolitik“ als erfolgreich bewerteten.

In einer Untersuchung der langfristigen Auswirkungen von Rauchverböten in amerikanischen Krankenhäusern konstatieren Longo und Kollegen (2001), dass das Personal in rauchfreien Krankenhäusern höhere Aufhörraten hat als in nicht-rauchfreien und auch schneller abstinent wird. Bei der Betrachtung der Auswirkungen des „Rauchfreien Krankenhauses“ in Israel (Donchin & Baras, 2004) konnte zwar kein Rückgang der Rauchprävalenz und des Tabakkonsums nachgewiesen werden, aber eine gesunkene Solidarität der Nichtraucher mit den Rauchern hinsichtlich ihres Wunsches bei der Arbeit zu rauchen.

In einer der wenigen Studien, die den Einfluss von Rauchverböten auf das Rauchverhalten und die damit verbundenen Einstellungen der Patienten untersuchten, haben Nakagawa und Kollegen (Nakagawa et al., 2004) zeigen können, dass sich die Aufhörrate nach Einführung einer „Rauchfrei-Politik“ bei Chirurgiepatienten in der präoperativen Phase signifikant von 44% auf 75% erhöht hat.

1.3.3 Personzentrierte Maßnahmen (Mikroebene)

Personzentrierte Maßnahmen sind in erster Linie Tabakentwöhnungsinterventionen, die dem Individuum auf Mikroebene Fertigkeiten vermitteln, das Rauchen aufzugeben. Studien zeigen, dass intensive verhaltenstherapeutische Unterstützung die effektivste nichtpharmakologische Intervention bei motivierten Rauchern ist (Coleman, 2004) und eine Kombination

solcher verhaltenstherapeutischen Interventionen mit pharmakologischen Therapien die Erfolgsquote sogar verdoppelt (Lancaster et al., 2000; Silagy et al., 2004). Die Gruppentherapie ist hinsichtlich des Behandlungserfolges einer Einzeltherapie zwar nicht überlegen (Lancaster & Stead, 2005; Stead & Lancaster, 2005), aber dafür deutlich ökonomischer, weil gleichzeitig mehrere Raucher behandelt werden können.

Zur Wirksamkeit von personenzentrierten Tabakentwöhnungsmaßnahmen bei Substanzabhängigen im klinischen Setting liegen drei zusammenfassende Arbeiten vor. In einer Metaanalyse (Prochaska, Delucchi & Hall, 2004) von 19 randomisierten Kontroll-/Versuchsgruppenstudien mit abhängigkeitskranken Patienten (Alkohol und/oder illegale Drogen) in Beratung bzw. Rehabilitation und dem Ziel „Tabakabstinenz“ konnte gezeigt werden, dass die Interventionseffekte am Behandlungsende signifikant sind, aber langfristig nicht erhalten blieben. Zusammengefasst betragen die Tabakabstinenzraten am Behandlungsende unter den Patienten in stationärer Behandlung der 19 untersuchten Studien in den Kontrollgruppen 3% und in den Versuchsgruppen 12%. Die relative Chance („relative risk“) Nichtraucher zu werden war in den Versuchsgruppen doppelt so hoch wie in den Kontrollgruppen. Untersuchungen nach 12 Monaten zeigen dagegen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Versuchs- (Abstinenzquote: 7%) und Kontrollgruppe (6%).

Metz, Kröger & Bühringer (2005) haben in einem Review 13 Studien mit alkoholabhängigen Patienten in stationärer Behandlung, die an Tabakentwöhnungsmaßnahmen teilnahmen, betrachtet. Die fünf deutschsprachigen Studien wurden jeweils ohne Kontrollgruppe durchgeführt und die Abstinenzrate lag am Behandlungsende zwischen <10% und 56%. In einer Studie wurde auch die Abstinenzquote nach sechs Monaten (4%-8%) berichtet. Sechs der betrachteten acht englischsprachigen Studien (alkohol- und drogenabhängige Patienten) wurden mit Kontrollgruppe durchgeführt und sieben berichteten langfristige Abstinenzquoten (sechs bis zwölf Monate nach der Intervention). Nicht zuletzt aufgrund des unterschiedlichen Untersuchungsdesigns ist die Spannweite der Abstinenzraten sehr groß: Direkt nach Behandlungsende lagen die Abstinenzraten in den acht Studien, die dieses Outcome berichteten zwischen 0% und 41%. Die langfristigen Abstinenzraten lagen, bei den sieben Studien, von denen Angaben vorlagen, zwischen 0% und 19%.

Sussmans Review (2002) umfasst 24 Studien mit Tabakentwöhnungsangeboten bei Alkohol- und Drogenabhängigen, die aufgrund von Unterschieden im Setting und bei den Stichproben allerdings schwer miteinander vergleichbar sind. Im stationären Setting wurden aus neun Studien langfristige Abstinenzquoten berichtet, die zwischen 0% und 7% in den Kontrollgruppen sowie zwischen 0% und 12% in den Interventionsgruppen lagen.

Es lässt sich also zusammenfassen, dass die langfristigen Tabakabstinenzraten nach personenzentrierten Tabakentwöhnungsmaßnahmen bei Patienten mit Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit zwischen 0% und 19% liegen. Diese Ergebnisse zeigen, dass noch großer Forschungs- und womöglich Handlungsbedarf besteht, um die Effektivität derzeitiger Tabakentwöhnungsmaßnahmen zu steigern. Prochaska, Delucchi & Hall (2004) postulieren sogar, dass die relative Chance für dual Abhängigkeitskranke tabakabstinent zu werden allein durch personenzentrierte Maßnahmen nicht erhöht wird. Daher kommen Donath und Kollegen (2005) zu dem Schluss, dass personenzentrierte Interventionen von strukturellen Maßnahmen auf der Mesoebene flankiert werden sollten.

1.3.4 Maßnahmen zur Tabakreduktion in Deutschland während der Studie (2006)

Nachdem in der Vergangenheit Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums auf Verhaltens- und auch auf Verhältnisebene eher unsystematisch verlaufen sind und der Schwerpunkt auf verhaltensbezogenen Maßnahmen lag, wurde mit dem „Aktionsplan Drogen und Sucht“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003) und der Broschüre „Drogen und Sucht - Ein Plan in Aktion“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2005) versucht, ein allgemeines Rahmenkonzept zur Verringerung des Tabakkonsums zu schaffen. Mit der Verabschiedung des „Gesetzes zur Einführung eines Rauchverbotes in Einrichtungen des Bundes und öffentlichen Verkehrsmitteln“ (BNichtrSchG, in Kraft getreten am 01.09.2007)⁸ und den sich daraus ableitenden Gesetzen auf Landesebene wurden in Deutschland auch tiefgreifende strukturelle Veränderungen auf Makroebene vorgenommen. Diese gesetzlichen Veränderungen wurden allerdings erst nach Abschluss der hier beschriebenen WIRK-II-Studie⁹ vorgenommen. Zum Zeitpunkt der Studie waren in Deutschland folgende Gesetze und Regelungen in Kraft (siehe auch Donath, 2007)

- Erhöhung der Tabaksteuer,
- teilweises Verbot für Tabakwerbung,
- Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz,
- normierte deutlich sichtbare Warnhinweise auf Tabak- und Zigarettenverpackungen,
- Abgabeverbot für Zigaretten an Jugendliche unter 16 Jahren,
- begrenzte Massenmedien- und Informationskampagnen,
- regelmäßige Impulskampagnen,
- begrenzte schulische Maßnahmen, Lebenskompetenzprogramme und suchtspezifische Unterrichtseinheiten und
- Ansprechen von Familien über Beratungsstellen sowie im Rahmen von Aktionen.

Personenzentrierte bzw. verhaltensbezogene Maßnahmen, die in Deutschland zum Zeitpunkt der Studie angeboten wurden, waren nach Donath (2007)

- einzelne Angebote zur Raucherentwöhnung
- ärztliche Kurzinterventionen, Rauchertelefone, Internet.

1.3.5 Schlussfolgerungen aus der Literatur

Obwohl in Deutschland bis in das Jahr 2007 vereinzelt auch schon evidenzbasierte Maßnahmen zur Verhaltensänderung (Fiore et al., 2000) eingesetzt wurden, konnte, aus epidemiologischer Perspektive, mit personenzentrierten Programmen allein keine Senkung der Rauchprävalenz erreicht werden (Donath, 2007). Auch kann nicht von einer systematischen Integration von Tabakentwöhnungsprogrammen in ein ganzheitliches, nationales Antitabakkonzept gesprochen werden, da die wenigsten Tabakentwöhnungsprogramme in der Vergangenheit miteinander kooperiert haben oder miteinander vernetzt waren. Auch war die Mehrzahl der Programme nur kurz- und mittelfristig angelegt und wurde nicht flächendeckend eingesetzt, sodass sie jeweils eher Modellprojektcharakter hatten (Donath, 2007). Zur (Gesundheits-)Verhaltensänderung sollte daher neben der Kompetenzförderung auf

⁸ www.gesetze-im-internet.de/bnichtrschg/BJNR159510007.html

⁹ WIRK-II-Studie - „Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken - Teil 2“; siehe auch „Förderhinweis“

individueller Ebene unbedingt auch die soziale Umwelt auf gesellschaftlicher Ebene gestaltet werden (Hurrelmann, 1988). Dieses gilt besonders für die hier betrachtete Zielgruppe der alkoholabhängigen Raucher, die in einer sozialen Umwelt leben sollte, in der der Substanzmissbrauch (Tabak und Alkohol) nicht mehr als normale Copingstrategie akzeptiert wird, was daher an Interventionen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene als Ausdruck einer sozialen Norm deutlich gemacht werden sollte (Donath, 2007). Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung von verhältnispräventiven Maßnahmen ist das Bewusstsein dafür, dass Suchtmittelkonsum und -missbrauch nicht nur der Vulnerabilität des Individuums zuzuschreiben ist, sondern auch von soziokulturellen, gesamtgesellschaftlichen Faktoren beeinflusst werden. Um eine nachhaltige Wirksamkeit verhaltenspräventiver Maßnahmen zu erreichen, sollten diese in kommunale, gemeindebezogene Programme integriert werden (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003). Da solche verhältnisorientierten Maßnahmen, die es dem Individuum erleichtern, seine Gesundheitspotentiale optimal zu nutzen, in der deutschen Sekundärprävention kaum existieren (Schmidt, 1998), betont Donath (2007) die Notwendigkeit verhältnisbezogener Maßnahmen auf Mesoebene wie sie in der WIRK-II-Studie als „Tabakpolitik in Suchtrehabilitationskliniken“ durchgeführt wurden. Einen ersten Ansatz bietet seit 2003 das „Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ (DNGfK)¹⁰ durch eine Zertifizierung des „Europäischen Netzwerkes für tabakfreie Einrichtungen im Gesundheitswesen“ (ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services“ [ENSH], 2003a)¹¹ an, das sich seit 2007 auch für weitere Einrichtungen im Gesundheitswesen neben Krankenhäusern geöffnet hat. Die ENSH-Zertifizierungsstandards erschienen 2007 in einer überarbeiteten Fassung und werden in Gold, Silber und Bronze nach einheitlichen Kriterien vergeben.

1.4 „Tabakpolitik“ in Suchtrehabilitationskliniken

In diesem Kapitel soll das von Donath (2007) eingeführte Konstrukt „Tabakpolitik“ dargestellt werden. Das Konstrukt „Tabakpolitik“ dient in der WIRK-II-Studie als Rahmen für ein ganzheitliches Konzept zur Reduktion des Tabakkonsums im Setting Suchtrehabilitationskliniken. Ganz allgemein umfasst das Konstrukt „Tabakpolitik“ bzw. „Tabakkontrollpolitik“, welches vom englischen „tobacco control policy“ abgeleitet wurde, in seiner Vollständigkeit alle strukturellen, an den Verhältnissen (siehe Kapitel 1.3.1) sowie alle personbezogenen, am Verhalten ansetzenden Maßnahmen (siehe Kapitel 1.3.2 und 1.3.3) zur Reduzierung des Tabakkonsums und zur Aufrechterhaltung von Tabakabstinenz (Donath, 2007). Im engeren Sinne bezieht sich die Tabakkontrollpolitik allerdings mehr auf die strukturellen, verhältnisbezogenen Maßnahmen. Da die oben beschriebenen Maßnahmen auf Makroebene (siehe Kapitel 1.3.1) überwiegend vom Gesetzgeber beschlossen werden, finden sich Ansatzpunkte zur Veränderung der „Tabakpolitik“ für die Gesundheits- und Rehabilitationspsychologie vor allem auf Meso- und der Mikroebene.

Das von Donath (2007) eingeführte Konzept der „Tabakpolitik“ integriert verschiedene Komponenten der (primären) Suchtprävention (Petermann & Roth, 2006; Schmidt, 1998) mit bewährten Modellen und Theorien der Klinischen und Gesundheitspsychologie („Transtheoretisches Modell“, „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“, „Wollensrating“) sowie mit

¹⁰ www.dnrkf.de

¹¹ www.ensh.eu

allgemeinen Modellen der Suchtentstehung (siehe Kapitel 1.2). Dem Dreifaktorenmodell entsprechend soll die „Tabakpolitik“ an den Faktoren Umwelt (verhältnisbezogene Wirkung) und Person (verhaltensbezogene Wirkung) ansetzen. Mithilfe struktureller Maßnahmen wie Regelungen zum Rauchen und Konsequenzen sowie nichtraucherfreundlichem Klima in der Klinik, welche über soziale Beziehungen zu Mitpatienten und Bezugstherapeuten, die sowohl soziale Unterstützung als auch soziale Kontrolle bieten, vermittelt werden und die Einstellungs- und Wertvorstellungsbildung beeinflussen, soll „Tabakpolitik“ am Umweltfaktor ansetzen (Donath, 2007).

„Tabakpolitik“ soll aber auch am Personfaktor ansetzen, indem (besser) geschulte Mitarbeiter dazu beitragen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patienten zur Bewältigung von Anforderungen zu erhöhen. Desweiteren soll in Anlehnung an verhaltenstherapeutische Prinzipien positive und negative Verstärkung sowie Bestrafung direkt bei den handelnden Personen, das Gesundheitsverhalten wahrscheinlicher werden lassen. So könnten Patienten für die erfolgreiche Teilnahme am Tabakentwöhnungskurs durch Privilegien belohnt (positive Verstärkung) werden und z.B. in der Therapie bzw. durch Mitarbeiter betont werden, dass man als Nichtraucher bei schlechtem Wetter nicht mehr vor der Klinik stehen muss (negative Verstärkung). Die Missachtung der Klinikregeln könnte wiederum durch Streichung von Privilegien sanktioniert (bestraft) werden (Donath, 2007).

Aufgrund der Spezifität der dualabhängigen (Alkohol und Tabak) Individuen muss auf Mikroebene der oftmals schlechte physische und psychische Gesundheitszustand berücksichtigt werden, der häufig mit kognitiven Defiziten, z. B. bezüglich Gedächtnis und Konzentration einhergeht (Burling et al., 1997). Hinzu kommen häufig weitere emotional belastende Zustände wie Angst und Depression. Dadurch sind Belastungsfähigkeit, Handlungsfähigkeit und intrapersonale Ressourcen der Dualabhängigen sowie deren Fähigkeit auf Anforderungen der Umwelt zu reagieren und diese erfolgreich selbstständig zu bewältigen, eingeschränkt. Dennoch sind die Motive und Bedürfnisse der alkoholabhängigen Raucher für die Bewältigung der Substanzabhängigkeit entscheidend, da protektive Faktoren und Ressourcen im Vergleich zu „Nur-Rauchern“ auf Mikroebene unterdurchschnittlich stark ausgeprägt sind (siehe Kapitel 1.1.2). Die WIRK-II-Studie sieht vor, dass durch Schulung des Personals die „Tabakpolitik“ in den Kliniken verbessert wird und die verbesserte „Tabakpolitik“ als wichtige Ressource für die Patienten dient, um den Tabakkonsum zu reduzieren oder ganz aufzugeben. Konkret heißt das, dass durch strukturelle Regeln und Konsequenzen eine nichtraucherfreundliche Atmosphäre geschaffen werden soll, in der das Rauchen inakzeptabel ist, den Patienten aber auch Unterstützung durch Informationen und verschiedene (psychologische und pharmakologische) Tabakentwöhnungsprogramme zuteil wird. Die Mitarbeiter sollen also auf Mesoebene die Kommunikatoren der „Tabakpolitik“ der Klinik sein und diese durch ihre Einstellungen und ihr Handeln widerspiegeln. Sie sollten geschult und kompetent in der Erfassung, der Diagnostik sowie im Umgang mit Rauchern sein und durch Nichtrauchen ein gutes Beispiel geben. Wichtig ist neben fordernder Haltung und konsequenter Sanktionierung vor allem die Unterstützung. Da alle Patienten, die sich in der Klinik befinden, mit derselben „Tabakpolitik“ konfrontiert sein sollten, dienen diese (Einhaltung vorausgesetzt) den neuen Patienten wiederum als Vorbild. Auf diese Weise interagiert das Individuum in einem Umfeld, in dem Rauchen zur Emotionsregulation nicht

mehr akzeptiert und auch von anderen nicht mehr als Copingstrategie verwendet wird, Personal und Mitpatienten aber Unterstützung bieten sowie Mittel und Techniken zur Bewältigung von Stress und Craving verfügbar sind (Donath, 2007).

Im Konzept von Donath (2007) setzt „Tabakpolitik“ auch auf Mikroebene an, indem durch motivationale Maßnahmen und „Skills-Trainings“ Fähigkeiten und Ressourcen gesteigert sowie Motive und Bedürfnisse beeinflusst werden, damit das Individuum besser und gesünder auf Anforderungen reagieren kann und dabei trotzdem auch eigene Bedürfnisse nach Entspannung und positiven Gefühlen ohne Suchtmittelgebrauch erreichen kann.

Nichtsdestotrotz basiert das Modell vor allem auf empirischen Ergebnissen in anderen Settings, die die unterstützende Wirkung der „Tabakpolitik“ auf das Rauchverhalten von stationären Patienten belegen (siehe Kapitel 1.3.2).

1.4.1 Worauf soll „Tabakpolitik“ in Suchtrehabilitationskliniken wirken?

Besonderheiten der dualabhängigen Patienten

Legt man das „Modell der personalen Widersprüchlichkeiten“ (siehe Kapitel 1.2.2) zugrunde (Schröder & Hackhausen, 2001), muss die Besonderheit der hier betrachteten von Alkohol und Tabak dualabhängigen Patienten berücksichtigt werden (siehe Kapitel 1.1.2). Das heißt, dass der Großteil dieser Klientel sehr stark tabakabhängig ist und in seinen Regulationskompetenzen, seinem Selbstkonzept, seiner Persönlichkeitsstabilität, seiner physischen und psychischen Gesundheit eingeschränkt ist sowie nur über verminderte soziale und finanzielle Ressourcen verfügt. Die Interaktion dieser schlechten Voraussetzungen führt zu einer Labilität, die durch eine klar strukturierte und unterstützende Umwelt zumindest teilweise kompensiert werden kann und den Genesungs- bzw. Bewältigungsprozess der Abhängigkeiten unterstützt (Donath, 2007). Unmissverständlich formulierte Erwartungen an die Patienten erzeugen die Struktur und Transparenz, die die Patienten erwarten und wünschen (Zullino et al., 2003), aber womöglich teilweise aufgrund mangelnder kognitiver Leistungs-, Einsichts- und Urteilsfähigkeit auch benötigen (Donath, 2007).

Motive, Bedürfnisse und Motivation

Durch die bestehenden Erwartungen der Patienten an die „Tabakpolitik“ der jeweiligen Klinik, die durch die Akzeptanz im therapeutischen Setting vermittelt und von den Mitpatienten geteilt würde, hätten diese genau wie das Personal direkten Einfluss auf die Motive und Wertvorstellungen des Individuums. Kompetente Mitarbeiter können Veränderungsmotivation und -bereitschaft verstärken, indem sie als Vorbild und Modell dienen sowie (soziale) Unterstützung anbieten. Empathie und Verständnis der Mitarbeiter für die Patienten und den Kampf gegen ihre Süchte verstärkten nicht nur die soziale Verbundenheit, sondern beeinflussen auch entscheidend die Motivation, wenn eine ambivalente Einstellung zum Rauchen erzeugt werden kann, sowie die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“, wenn den Patienten vermittelt werden kann, dass sie die Herausforderungen bewältigen können und jede Unterstützung bekommen, wenn sie zur Gesundheitsverhaltensänderung bereit sind (Donath, 2007).

Eine restriktive „Tabakpolitik“ soll zum einen Patienten helfen aus dem Stadium der Sorglosigkeit in das Stadium der Bewusstwerdung zu kommen und zum anderen Patienten in

schon weiter voran geschrittenen Veränderungsstadien dabei unterstützen, ihr Ziel erfolgreich umzusetzen. Durch eine restriktive „Tabakpolitik“ sowie deren konsequente Umsetzung werden auch sorglose Raucher mit ihrem Verhalten konfrontiert, erfahren beim erfolgreichen Umsetzen der Regeln eine Zunahme ihrer „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“ und eine positive Veränderung der „Entscheidungsbalance“ (siehe Exkurs). Verpflichtende informierende und motivierende Elemente für Raucher im Sorglosigkeitsstadium haben die gleiche Funktion: Ambivalenz erzeugen, Motivation fördern, Absichtsbildung anstoßen - Stadienprogression auslösen sowie „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ erhöhen und „Entscheidungsbalance“ in Richtung Nachteile des Rauchens und Vorteile des Nichtrauchens zu bewegen (Donath, 2007). Prochaska und Kollegen (2001) konnten zeigen, dass ein höheres Stadium der Veränderungsbereitschaft ein Prädiktor für die vollständige Teilnahme an, den Fortschritt in und den Erfolg von Tabakentwöhnungsmaßnahmen ist. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass gerade bei Patienten in frühen Stadien der Veränderungsbereitschaft durch klassische Konditionierungsprozesse (wie z. B. durch Konsequenzen bei Regelbruch), die für Patienten in späteren Phasen stark unterstützend sind, auch Widerstand erzeugt wird. Speziell in den frühen Phasen des „Transtheoretischen Modells“ sind Prozesse des Erfahrens, der Bewusstmachung, der Ambivalenz- und Dissonanzerzeugung besonderes wichtig. Dass proaktiv rekrutierte Teilnehmer ähnliche Ergebnisse erzielen (Prochaska et al., 2001), zeigt das Potential, das ein Rehabilitationsaufenthalt für die Tabakentwöhnung hat.

Fähigkeiten

Durch therapeutische Interventionen des Personals sowie über Modelllernerfekte am Beispiel anderer Patienten zu Tabakentwöhnung und Stressbewältigung (Schröder, 1996) erfolgt eine Verbesserung der kognitiven, emotionalen, behavioralen und physischen Regulationsfähigkeiten außerhalb des Suchtmittelgebrauchs. Die angebotenen Tabakentwöhnungskurse sowie eventuell pharmakologische Unterstützung durch Nikotinersatzmittel, sollen die Fähigkeiten des Patienten, mit Anforderungen und Stress umzugehen, ohne Tabak zu konsumieren, erhöhen. Alternative Bewältigungsstrategien sollen beim Patienten gefördert werden, sein Verhaltensrepertoire erweitern und gesundheitsförderliche emotionale und kognitive Regulationsmechanismen verbessern (Donath, 2007).

Ressourcen

Die soziale Integration und die interpersonellen Ressourcen der einzelnen Personen sollen durch Partizipation an einer Gruppe rauchfreier Patienten, die die vorgegebene „Tabakpolitik“ mittragen, gestärkt werden. Ebenso sollen Erfahrungen und Ratschläge zu Bewältigungsstrategien ausgetauscht werden, die bei dem Bestreben Nichtraucher zu werden oder zu bleiben, hilfreich sind. Weitere Ressourcenaktivierung ist durch eine gute Beziehung des Therapeuten zu seinem Patienten möglich, was zu einer erhöhten Selbstwirksamkeitserwartung führen soll (Hellwich, 2008). Unterstützung bietet die Klinik durch klare Rahmenbedingungen und Anforderungen. Klare Regeln und Konsequenzen fordern den Patienten nicht nur, sondern stärken auch seine „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“, wenn er es schafft die Vorgaben umzusetzen (Donath, 2007).

Anhand von „Modellen“ (in diesem speziellen Fall nicht rauchende Mitarbeiter und Patienten) sollen die Patienten „neue“ Verhaltensweisen (das Nichtrauchen) lernen und ihre Erfolgs-Kompetenz-Erwartung stärken, selbst wenn sie nur beobachten, dass andere alkoholabhängige Patienten ihr Gesundheitsverhalten erfolgreich umsetzen (Bandura, 1977). Die persönliche Aneignung dieses Verhaltens wird noch wahrscheinlicher, wenn das Gesundheitsverhalten des Modells z.B. durch Privilegien verstärkt (entlohnt) wird.

1.4.2 Das Konzept der „Tabakpolitik“ in Suchtrehabilitationskliniken nach Donath (2007)

In den vorherigen Kapiteln wurde allgemein beschrieben auf welchen theoretischen und empirischen Modellen die „Tabakpolitik“ in Suchtrehabilitationskliniken basiert, welche Bereiche sie abdeckt und auf welche Prozesse sie Einfluss nehmen soll. Das Konzept zur Messung und Verbesserung der „Tabakpolitik“ in deutschen Suchtrehabilitationskliniken von Donath (2007) wurde auf Grundlage des Leitfadens des ENSH (2003b)¹² entwickelt. Dabei wurden außerdem Erfahrungen verschiedener Forschungsgruppen aus Großbritannien und den USA berücksichtigt sowie evidenzbasierte Elemente zur Behandlung von Tabakabhängigkeit bzw. zur Reduktion der Rauchprävalenz, die Grundlage internationaler Empfehlungen und Richtlinien sind, in das Konzept aufgenommen (Centers for Disease Control and Prevention, 1999; Fiore et al., 2000; Hopkins et al., 2001; Lancaster & Stead, 2005; Serra et al., 2000; Seymour, 1999, 2000; Task Force on Community Preventive Services, 2001; US Department of Health and Human Services & Centers for Disease Control and Prevention, 2000; US Preventive Services Task Force, 1996; West, McNeill & Raw, 2000). Das Konzept der „Tabakpolitik“ in deutschen Suchtrehabilitationskliniken lässt sich in insgesamt sieben Bereiche aufgliedern, die in ihrer Gesamtheit die „Tabakpolitik“, das heißt die Unternehmensphilosophie einer Klinik in Bezug auf das Rauchen ausmachen (Donath, 2007). Diese sieben Facetten sind in Abbildung 1.3 dargestellt.

¹² www.ensh.eu

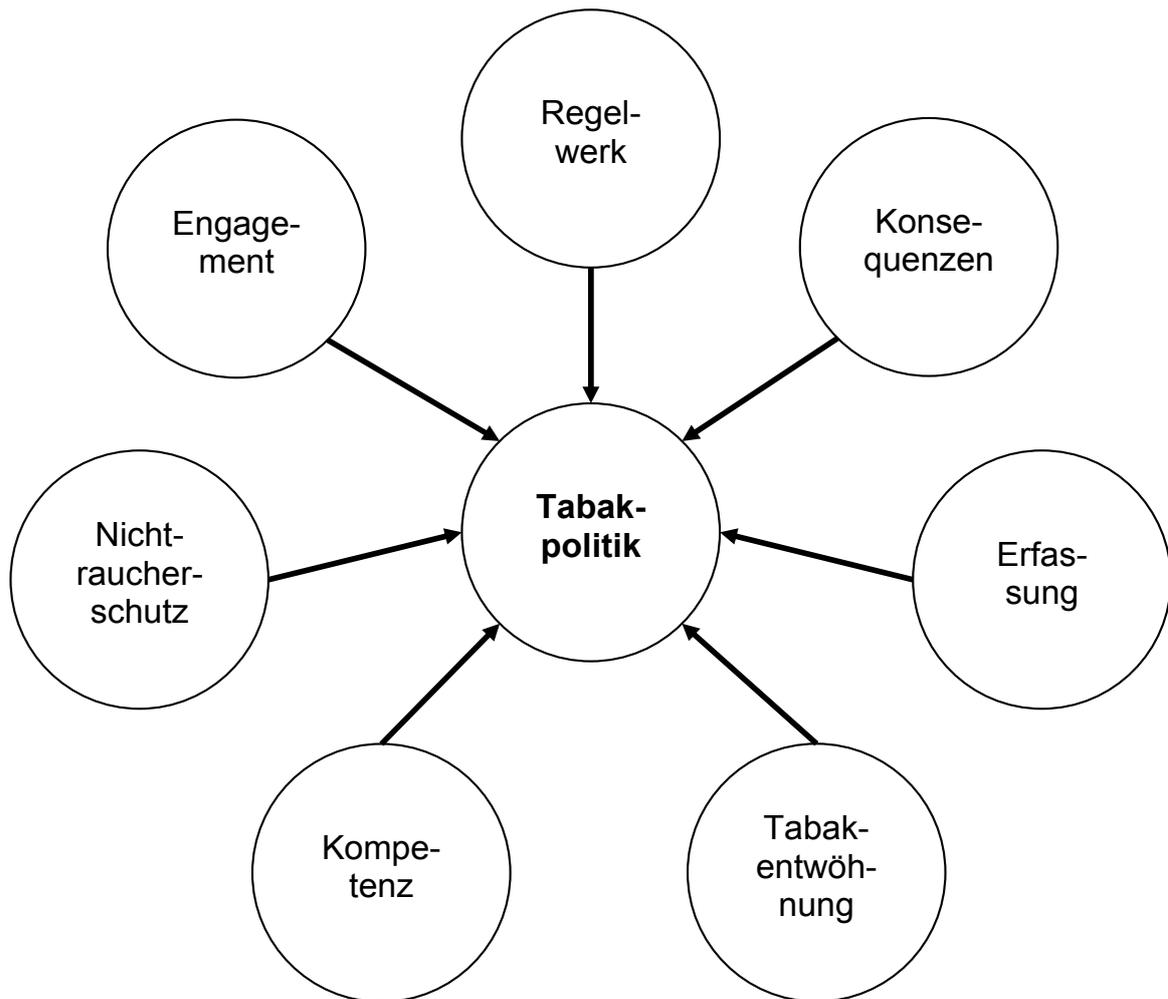


Abbildung 1.3: Die sieben Facetten der „Tabakpolitik“ nach Donath (2007)

„Regelwerk“

Der Bereich „Regelwerk“ umfasst alle in einer Klinik bestehenden Regelungen zum Rauchen für Besucher, Patienten und Personal in ihrer Gesamtheit (Rauchverbote, Lage der Raucherzonen, Beschilderung, Einhaltung der Regeln etc.). Das „Regelwerk“ enthält detaillierte Informationen darüber, ob und wo es einer bestimmten Personengruppe erlaubt ist zu rauchen. Das „Regelwerk“ ist zentraler Bestandteil einer „Tabakpolitik“, die das Rauchen regulieren soll.

Durchsetzen der Regelungen/„Konsequenzen“

Bei der Facette „Konsequenzen“ geht es darum, ob die Einhaltung der Regeln kontrolliert wird und wie Regelverstöße dokumentiert und sanktioniert werden. Ohne Konsequenzen würde kein Anreiz bestehen, sich an die Regeln zu halten, weil keine (unangenehme) Reaktion folgen würde. Die Sanktionen sollten im Optimalfall nicht allein unangenehm sein, sondern auch kognitive Dissonanz erzeugen, indem sie beispielsweise einen inhaltlichen Bezug zum Rauchen haben und somit auch einen Lerneffekt haben.

„Erfassung“ des Rauchstatus im System Klinik

Zum einen beschreibt diese Facette wie die routinemäßige „Erfassung“ des Rauchstatus aller Patienten und dessen Dokumentation in den Kliniken abläuft. Zum anderen sind der klinikinterne Umgang mit Patienten mit der Diagnose Tabakabhängigkeit, die Art der Diagnostik (welche Instrumente werden benutzt), die Kodierung nach Klassifikationskriterien und der Umgang mit Erfolg von Tabakentwöhnung als Wertschätzung und Relevanz für den Entlassungsbericht enthalten. „Erfassung“ von Rauchern und Diagnosekodierung sind elementare Bestandteile der „Tabakpolitik“ einer Klinik, die den Stellenwert dieser Diagnose im Kliniksystem heben und eine qualitätsgesicherte Diagnostik und nachfolgende Intervention sowie das generelle Erreichen aller Raucher sicherstellen.

„Tabakentwöhnung“/Hilfen für Raucher

Dieser Bereich umfasst alle Angebote, die Rauchern angeboten werden oder zu denen sie verpflichtet werden, um ihnen den Ausstieg bzw. die Reduktion ihres Konsums zu ermöglichen. Dazu zählen Informationsmaterialien, Selbsthilfeprogramme, Einzelberatungen und Gruppenprogramme, ebenso alternative Angebote wie Akupunktur und Hypnose sowie die Verfügbarkeit von Nikotinersatzmitteln. Der Bereich „Tabakentwöhnung“ gehört nach dem Prinzip von Fordern und Fördern genauso mit zur „Tabakpolitik“ wie die Regeln zum Rauchen. Nur Raucher, die sich unterstützt und ernst genommen fühlen, sind auch bereit, die Regeln und entsprechende Konsequenzen zu akzeptieren.

„Kompetenz“ im Umgang mit Rauchern

Dieser Bereich umfasst Schulungen zum Wissen über das Rauchen und die daraus folgenden Gesundheitsgefahren sowie Kompetenzen der Mitarbeiter der Klinik im Umgang mit Rauchern. Dies betrifft sowohl Kompetenzen in der Tabakentwöhnung als auch Kompetenz in der Kommunikation und Durchsetzung der Regelungen zum Nichtraucherschutz sowie die Ressourcen, die die Klinik dafür zur Verfügung stellt. Es wird davon ausgegangen, dass nur Mitarbeiter, die das nötige Wissen über die Gefahr von Tabakrauch für Raucher und für passivrauchende Menschen haben, auch bereit sind, eine restriktive „Tabakpolitik“ mit zu tragen.

„Nichtraucherschutz“

Dieser Bereich umfasst die Aktivitäten und die Haltung einer Klinik zur Förderung des Nichtrauchens. „Nichtraucherschutz“ (am Arbeitsplatz) ist nicht zuletzt aufgrund der gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2006; US Department of Health and Human Services, 2006) in verschiedenen gesetzlichen Vorschriften verankert und muss daher ein notwendiger Bestandteil der „Tabakpolitik“ einer Klinik sein. Es soll gewährleistet werden, dass nicht rauchende Patienten, Besucher und Mitarbeiter nicht den Gefahren des Passivrauchens ausgesetzt sind.

„Engagement“ der Klinik und der Mitarbeiter

Die Facette „Engagement“ der Klinik und der Mitarbeiter umfasst sowohl das Engagement der Mitarbeiter innerhalb der Kliniken als auch die Außendarstellung und die außerklinischen

Aktivitäten der Kliniken. Es geht zum einen darum, wie sich die Klinik auf Gemeindeebene im Bereich „Tabakpolitik“ engagiert, welche Aktivitäten sie unternimmt und wie die Haltung der Klinik zum Rauchen nach außen kommuniziert wird (Aktionstage, Entwöhnungskurse für Externe etc.). Zum anderen geht es darum, ob sich Mitarbeiter an Arbeitsgruppen und Evaluationen der Maßnahmen beteiligen, um deren Effektivität zu erhöhen. Da die Mitarbeiter einer Klinik die Träger und Kommunikatoren der „Tabakpolitik“ nach außen sind und sie den Patienten vermitteln müssen, hängt eine erfolgreiche Implementierung maßgeblich von den Einstellungen der Mitarbeiter zur „Tabakpolitik“ und ihrem eigenen Rauchverhalten ab (Bobo & Gilchrist, 1983; Hurt et al., 1995).

Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse der WIRK-II-Studie

Im ersten Teil der WIRK-II-Studie konnte Donath (2007) zeigen, dass das von ihr postulierte Modell zur Erfassung der „Tabakpolitik“ in deutschen Suchtrehabilitationskliniken in der Praxis anwendbar ist. Das heißt, die „Tabakpolitik“ ist in den sieben Facetten „Regelwerk“, „Konsequenzen“, „Erfassung“, „Tabakentwöhnung“, „Nichtraucherschutz“, „Kompetenz“ und „Engagement“ deskriptiv erfassbar. Es wurde aber auch deutlich, dass in allen Bereichen der „Tabakpolitik“ das Potential noch nicht ausgeschöpft wurde. Am stärksten entwickelt sind die strukturellen Bereiche „Regelwerk“, „Konsequenzen“ und „Erfassung“, das größte Entwicklungspotential haben die Facetten „Kompetenz“ und „Engagement“. Auf Patientenebene wurden die aus anderen Untersuchungen bekannten, ungünstigen Vorraussetzungen hinsichtlich Tabakkonsum und Tabakreduktion (hohe Abhängigkeit und psychische Belastung, niedrige Veränderungsmotivation und rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung) bestätigt: Die Raucherquote der Stichprobe betrug 84%. Die Mehrheit der Dualabhängigen war stark oder sehr stark tabakabhängig, sie erlebten eine unterdurchschnittliche soziale Unterstützung, hatten eine niedrigere ausgeprägte „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ und waren im Vergleich zu Nichtrauchern stärker durch psychische Probleme belastet. Nichtsdestotrotz waren 5% (3% nach Intent-to-Treat-Analyse) aller Raucher (bei Klinikaufnahme) zur Entlassung aus der Klinik tabakabstinent und die Hälfte der Patienten reduzierte ihren Tabakkonsum. Bei der Tabakreduktion waren stark motivierte Patienten signifikant erfolgreicher als gering motivierte. Das „Transtheoretische Modell“ und die Veränderung der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“ erwiesen sich als signifikante Prädiktoren für Tabakabstinenz; Geschlecht, Bildung und Tabakabhängigkeit für den Rauchstatus am Behandlungsende. Es konnte auch gezeigt werden, dass sich das Rauchverhalten der Patienten in Kliniken mit restriktiver „Tabakpolitik“ eher verbessert als in Kliniken mit permissiver „Tabakpolitik“.

Im zweiten Teil der WIRK-II-Studie wiesen Kühnel, Metz & Kipke (2007) nach, dass eine unterdessen erfolgte Intervention die „Tabakpolitik“ in den Kliniken der Interventionsgruppe signifikant verbesserte, während eine ähnliche Verbesserung in den Kliniken einer Kontrollgruppe ausblieb. Der Interventionseffekt lässt sich am deutlichsten an den Verbesserungen in den Bereichen „Regelwerk“, „Konsequenzen“ und „Engagement“ in den Kliniken der Interventionsgruppe festmachen.

1.5 Herleitung der Fragestellungen

In den Kapiteln 1.1 und 1.2 wurde dargestellt, dass alkoholabhängige Raucher stärker tabakabhängig sind und dementsprechend größeren Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind als nicht-alkoholabhängige Raucher (u.a. Novy, 2001). In verschiedenen Studien konnte außerdem gezeigt werden (u.a. Burling et al., 1997; vergleiche Kapitel 1.1.2), dass Veränderungsmotivation, protektive Faktoren (z.B. soziale Unterstützung) und rauchbezogene Selbstwirksamkeit, also Faktoren, die Tabakabstinenz/Tabakreduktion für den Einzelnen wahrscheinlicher machen, bei alkoholabhängigen Rauchern niedriger ausgeprägt sind, als bei nicht-alkoholabhängigen Rauchern. Diese genannten schlechteren Voraussetzungen bedeuten wiederum, dass alkoholabhängige Raucher ein Konzept zur Tabakreduktion brauchen, das ihre Motive, Bedürfnisse, Motivation, Fähigkeiten und Ressourcen berücksichtigt und aktiviert (u.a. Schröder & Hackhausen, 2001; siehe Kapitel 1.4.1). Da personenzentrierte Maßnahmen allein die relative Chance für Dualabhängige, tabakabstinent zu werden, nicht erhöhen (Prochaska, Delucchi & Hall, 2004) sprechen sich Donath und Kollegen (2005) dafür aus, dass personenzentrierte Interventionen von strukturellen Maßnahmen auf Mesoebene flankiert werden (siehe Kapitel 1.3.3). Mit dem Konstrukt „Tabakpolitik“ hat Donath (2007) ein Konzept eingeführt, das alle bisher aus der Literatur bekannten Ansatzpunkte auf Mesoebene umfasst, die sich im Hinblick auf Tabakreduktion als wirksam erwiesen haben (siehe Kapitel 1.4.2). Ziel dieses auf alkoholabhängige Raucher zugeschnittenen Modells ist es gemeinsam mit den ihm zugrundeliegenden Theorien (Dreifaktorenmodell der Suchtentstehung, Modell der Bilanz der personaler Widersprüchlichkeiten; siehe Kapitel 1.2) zu zeigen, wie und worauf sich „Tabakpolitik“ auswirkt.

In vorherigen Studien mit Abhängigkeitspatienten als Zielgruppe wurden zwar die Effekte von „Tabakpolitik“ untersucht, aber keine theoretischen Modelle für sekundäre und tertiäre Prävention sowie Interventionen, die die Wirkweisen von „Tabakpolitik“ erklären und beeinflussen abgeleitet. Es stellt sich daher zuallererst die Frage, ob das Konstrukt „Tabakpolitik“ nach Donath (2007) angemessen ist, um alle Bereiche auf Mesoebene abzubilden, die Einfluss auf das Rauchverhalten des Individuums haben können. Donath (2007) konnte zeigen, dass das Modell zur Erfassung der „Tabakpolitik“ mit den sieben Facetten „Regelwerk“, „Konsequenzen“, „Erfassung“, „Tabakentwöhnung“, „Nichtraucherschutz“, „Kompetenz“ und „Engagement“ in deutschen Suchtrehabilitationskliniken in der Praxis anwendbar ist. Da bisher noch keine umfassende (testtheoretische) Validierung der Skala zur „Tabakpolitik“ vorgenommen wurde, ist die erste Fragestellung in dieser Arbeit, ob die Skala nach testtheoretischen Maßstäben angemessen ist, um die der „Tabakpolitik“ zugrundeliegenden Konstrukte zu repräsentieren.

„Tabakpolitik“ im Sinne von Regelungen/Verboten gibt es in allen an dieser Untersuchung teilnehmenden Suchtrehabilitationskliniken (Donath, 2007) und es konnte in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden (u.a. Longo & Kollegen, 2001; siehe Kapitel 1.3.2), dass „Tabakpolitik“ den Tabakkonsum in Kliniken verringert. Deshalb ist die zweite Fragestellung, ob sich das Rauchverhalten der Patienten während eines Aufenthaltes in einer

Suchtrehabilitationsklinik (d.h. zwischen Aufnahme und Entlassung aus den Kliniken) verändert.

In verschiedenen Studien (Schneider et al., 2004; Zullino et al., 2003) konnte gezeigt werden, dass restriktive „Tabakpolitik“ Motivation, Bereitschaft und Zuversicht, tabakabstinent zu werden oder den Tabakkonsum zu reduzieren, erhöht. Daher ist die dritte Fragestellung, die in dieser Arbeit untersucht werden soll, ob der Aufenthalt in der Suchtrehabilitationsklinik (unter Einfluss von „Tabakpolitik“) die Veränderungsmotivation und die rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst.

Kühnel, Metz & Kipke (2007) konnten im zweiten Teil der WIRK-II-Studie nachweisen, dass eine Kurzintervention die „Tabakpolitik“ in den Kliniken der Interventionsgruppe signifikant verbesserte, während eine ähnliche Verbesserung in den Kliniken einer Kontrollgruppe ausblieb. Nakagawa und Kollegen (2004) zeigten in ihrer Untersuchung, dass eine verbesserte (restriktivere) „Tabakpolitik“ die Aufhörtrate erhöhte. Von diesen Ergebnissen ausgehend, soll auch die vierte Frage beantwortet werden, nämlich, ob die Intervention zur Beeinflussung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken das Rauchverhalten der Patienten verändert.

Wie oben beschrieben, konnte in verschiedenen Untersuchungen (Schneider et al., 2004; Zullino et al., 2003) der positive Einfluss einer restriktiven „Tabakpolitik“ auf Motivation, Bereitschaft und Zuversicht tabakabstinent zu werden oder den Tabakkonsum zu reduzieren, nachgewiesen werden. Daher soll in dieser Arbeit der fünften Fragestellung nachgegangen werden, nämlich, ob die Intervention zur Verbesserung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken indirekt auch Motivation, Bereitschaft und Zuversicht der Patienten den Tabakkonsum zu reduzieren verbessert.

Das Setting Suchtrehabilitationsklinik ist per definitionem auf (positive) Veränderung des Gesundheitsverhaltens ausgerichtet ist. Daher wird im „Tabakpolitik“-Modell“ (Donath, 2007) postuliert, dass durch die Verhältnisse auf Mesoebene, das heißt durch Klinik, Personal und Mitpatienten Einfluss auf die Prozesse der Mikroebene genommen wird, sodass der Tabakkonsum reduziert oder beendet wird. Das heißt konkret, dass durch die in der Klinik gelebte „Tabakpolitik“ Motivation, Ressourcen sowie Fähigkeiten der Patienten gestärkt werden und bei Patienten mit erhöhter Veränderungsmotivation, mehr Ressourcen und neu erlernten Fertigkeiten dann wiederum die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie ihren Tabakkonsum reduzieren oder beenden. Dieser positive Einfluss der Tabakpolitik auf das Rauchverhalten sowie auf Motivation, Ressourcen sowie Fähigkeiten der Patienten konnte in der Literatur (Nakagawa et al., 2004; Schneider et al., 2004; Zullino et al., 2003) bereits nachgewiesen werden, weshalb in dieser Arbeit (Validität der „Tabakpolitik“-Skala vorausgesetzt) auch die sechste Frage untersucht werden soll, ob die „Tabakpolitik“-Skala mögliche Veränderungen des Rauchverhaltens sowie der rauchbezogenen Motivation, Ressourcen und Fähigkeiten der Patienten vorhersagen kann.

2 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden sollen die Fragestellungen und Hypothesen, die sich aus den vorhergehenden theoretischen Überlegungen ableiten, dargestellt werden. Am Ende dieses Kapitels sind die Hypothesen inklusive der unabhängigen und abhängigen Variablen noch einmal tabellarisch zusammengefasst (Tabelle 2.1).

Fragestellung 1: Lässt sich die Skala „Tabakpolitik“ validieren?

Anhand ihrer zentralen Maße wird die Skala „Tabakpolitik“ beschrieben. Zugrundeliegende Konstrukte und Homogenität werden untersucht. Die inhaltliche Validität wird anhand der Einschätzung von Mitarbeitern und Klienten zu den rauchbezogenen Regeln und der rauchbezogenen Atmosphäre („Klinikatmosphäre“, RAK) überprüft.

Hypothese 1.1: Durch hohe Retestreliabilität, interne Konsistenz und Interitemkorrelation wird gezeigt, dass die Skala „Tabakpolitik“ fundamentale testtheoretische Gütekriterien erfüllt.

Hypothese 1.2: Durch Berechnungen der internen Konsistenz, der Interitemkorrelationen und einer explorativen Faktorenanalyse der sieben Subskalen lassen sich Homogenität und Dimensionalität der „Tabakpolitik“-Skala abbilden.

Hypothese 1.3: Hohe Korrelationen zwischen der „Tabakpolitik“-Skala und der Skalen zur Einschätzung der „Klinikatmosphäre“ (aus Mitarbeiterperspektive und aus Patientenperspektive) belegen die konvergente Validität der „Tabakpolitik“-Skala.

Fragestellung 2: Verändert sich das Rauchverhalten der Patienten zwischen Klinikaufnahme und Entlassung aus der Klinik?

In allen Kliniken gibt es für das Rauchen einschränkende Regelungen und Aktivitäten, bei denen nicht geraucht werden darf und/oder kann. Obwohl die Abstinenz bzw. die Reduktion des Zigarettenkonsums nicht das primäre Ziel der teilnehmenden Suchtrehabilitationskliniken ist, wird doch beides im überwiegenden Teil der Kliniken zumindest unterstützt (Donath, 2007).

Hypothese 2.1: Die Zahl der Nichtraucher unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.

Hypothese 2.2: Die Zahl der täglich von einer Person gerauchten Zigaretten („Mengefrequenz-Index“, MFI) sinkt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.

Fragestellung 3: Verändern sich die „Aufhörmotivation“, „Wollensrating“ und „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ der Patienten zwischen Klinikaufnahme und Entlassung aus der Klinik?

Der Aufenthalt in der Klinik ist eine Gelegenheit, sich Gedanken über Suchtverhalten im Allgemeinen und über das Nichtrauchen im Speziellen zu machen. Die Motivation zum Aufhören kann z.B. durch die Angebote in den Kliniken oder andere Patienten, die mit dem Rauchen aufgehört haben, gesteigert werden (Donath, 2007).

Hypothese 3.1: Die „Aufhörmotivation“ (TTM) unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.

Hypothese 3.2: Der „Wunsch nicht zu rauchen“ („Wollensrating“ im Sinne von Sciamanna und Kollegen, 2000) unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.

Hypothese 3.3: Die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE) unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.

Fragestellung 4: Hat eine Intervention¹³ zur Verbesserung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken einen Effekt auf das Rauchverhalten der Patienten bzw. verbessert sich das Rauchverhalten bei Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe signifikant stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe?

Die in der WIRK-II-Studie durchgeführte Intervention beinhaltete Schulungen, die den Kliniken zu einer restriktiveren „Tabakpolitik“ verhelfen sollten. Die restriktivere „Tabakpolitik“ soll dann ihrerseits zu einer Verringerung des Tabakkonsums der Patienten beitragen. Eine durch die Intervention verbesserte „Tabakpolitik“ vorausgesetzt (Kühnel, Metz & Kipke, 2007) sollte der Tabakkonsum der Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe stärker zurückgegangen sein als bei Patienten aus der Kontrollgruppe.

Hypothese 4.1: In Kliniken der Interventionsgruppe steigt die Anzahl der tabakabstinenten Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant stärker als in Kliniken aus der Kontrollgruppe.

Hypothese 4.2: In Kliniken der Interventionsgruppe sinkt unter den Patienten der „MFI“ zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.

Fragestellung 5: Hat eine Intervention zur Verbesserung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken Einfluss auf „Aufhörmotivation“, „Wollensrating“ und „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ bzw. verbessern sich „Aufhörmotivation“, „Wollensrating“ und „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ bei Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe signifikant stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe?

Eine restriktivere „Tabakpolitik“ erhöht Motivation, Bereitschaft und Zuversicht, tabakabstinent zu werden oder zumindest weniger zu rauchen (Schneider et al., 2004; Zullino et al., 2003).

Hypothese 5.1: Die „Aufhörmotivation“ steigt bei rauchenden Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe zwischen der Aufnahme in die Klinik und der Entlassung aus der Klinik stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.

Hypothese 5.2: Der Wunsch nicht zu rauchen („Wollensrating“) verstärkt sich bei Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe zwischen der Aufnahme in die Klinik und der Entlassung aus der Klinik mehr als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.

Hypothese 5.3: Die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ steigt bei Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe zwischen der Aufnahme in die Klinik und der Entlassung aus der Klinik stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.

¹³ Die in der WIRK-II-Studie durchgeführte (und damit für die vorliegende Arbeit maßgebliche) Intervention fand nur auf Ebene des Klinikpersonals statt und zielte auf eine Beeinflussung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken ab (siehe auch Kapitel 3.4). Bei dieser Intervention handelte es sich also nicht um direkte Rauchentwöhnungsmaßnahmen für die Patienten.

Fragestellung 6: Hat die „Tabakpolitik“-Skala prädiktiven Wert auf Veränderungen des Rauchverhaltens, der „Aufhörmotivation“, des „Wollensratings“ und der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“?

Abschließend soll überprüft werden, ob die Skalen der „Tabakpolitik“ die Veränderungen des Rauchverhaltens und der Einstellungen zum Aufhören des Rauchens vorhersagen können.

Hypothese 6.1: Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung des „Rauchstatus“.

Hypothese 6.2: Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung des „Menge-Frequenz-Index“.

Hypothese 6.3: Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung der „Aufhörmotivation“.

Hypothese 6.4: Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung des „Wollensratings“.

Hypothese 6.5: Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“.

Auf der folgenden Seite sind noch einmal die nummerierten Hypothesen sowie die entsprechenden unabhängigen und abhängigen Variablen tabellarisch (Tabelle 2.1) zusammengefasst.

Tabelle 2.1: Hypothesen, unabhängige Variablen und abhängige Variablen

Hypothese	Unabhängige Variable	Abhängige Variable
1.1		Validierung der Skalen zur Tabakpolitik
1.2		Validierung der Skalen zur Tabakpolitik
1.3	Skalen zur Tabakpolitik	Skala Klinikatmosphäre
2.1	Rauchstatus t _{0P}	Rauchstatus t _{1P}
2.2	Menge-Frequenz-Index t _{0P}	Menge-Frequenz-Index t _{1P}
3.1	TTM ¹ t _{0P}	TTM ¹ t _{1P}
3.2	Wollensrating t _{0P}	Wollensrating t _{1P}
3.3	SWE ² t _{0P}	SWE ² t _{1P}
4.1	Gruppenzugehörigkeit (Interventions- vs. Kontrollgruppe)	Δ Rauchstatus (t _{1P} -t _{0P})
4.2	Gruppenzugehörigkeit (Interventions- vs. Kontrollgruppe)	Δ Menge-Frequenz-Index (t _{1P} -t _{0P})
5.1	Gruppenzugehörigkeit (Interventions- vs. Kontrollgruppe)	Δ TTM ¹ (t _{1P} -t _{0P})
5.2	Gruppenzugehörigkeit (Interventions- vs. Kontrollgruppe)	Δ Wollensrating (t _{1P} -t _{0P})
5.3	Gruppenzugehörigkeit (Interventions- vs. Kontrollgruppe)	Δ SWE ² (t _{1P} -t _{0P})
6.1	Skalen zur Tabakpolitik	Δ Rauchstatus (t _{1P} -t _{0P})
6.2	Skalen zur Tabakpolitik	Δ Menge-Frequenz-Index (t _{1P} -t _{0P})
6.3	Skalen zur Tabakpolitik	Δ TTM ¹ (t _{1P} -t _{0P})
6.4	Skalen zur Tabakpolitik	Δ Wollensrating (t _{1P} -t _{0P})
6.5	Skalen zur Tabakpolitik	Δ SWE ² (t _{1P} -t _{0P})

Anmerkung: ¹TTM: Aufhörermotivation nach „Transtheoretischem Modell“

²SWE: Skala „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“

³_P: Patienten

3 Methodik

In diesem Kapitel werden das Design der Untersuchung, die Durchführung, die Stichprobe, die Intervention¹⁴, die für diese Untersuchung relevanten Instrumente und die statistischen Verfahren beschrieben.

3.1 Untersuchungsdesign

Die Arbeit entstand im Rahmen der „WIRK-II-Studie“ (für eine genaue Beschreibung der gesamten Studie siehe Donath, 2007), die nach Zustimmung durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) zwischen November 2004 und Oktober 2007 in 40 Suchtrehabilitationskliniken (siehe Poweranalyse unten) in Deutschland durchgeführt wurde. Bei der Studie handelt es sich um ein randomisiertes Treatment-Wartekontrollgruppendesign. Das heißt, dass die Intervention in der Kontrollgruppe erst nach dem letzten Messzeitpunkt durchgeführt wurde, um den Interventionseffekt messen zu können, aber der Kontrollgruppe die Intervention nicht vorzuenthalten. Eine weitere Erhebung zur Messung der Interventionseffekte in der Kontrollgruppe fand nicht mehr statt (Kühnel, Metz & Kipke, 2007).

Ungefähr neun Monate nach der ersten Befragung fand die zweite Befragung der Mitarbeiter statt. Nach der Intervention in den Kliniken wurden die Patienten jeweils zur Aufnahme und zur Entlassung befragt.

Vor Beginn der gesamten Studie wurde eine Poweranalyse durchgeführt ($1-\beta=0.8$; $\alpha=0.05$), um den optimalen Stichprobenumfang zur Aufdeckung von Effekten zu bestimmen (Bortz & Döring, 2003). Die Patientstichprobengröße für die auf Korrelationen basierenden Prädiktionsanalysen sollte demnach zur Aufdeckung kleiner Effekte mindestens $N=602$ für vier Prädiktoren, $N=647$ für fünf Prädiktoren und $N=688$ für sechs Prädiktoren betragen. Zur Aufdeckung kleiner Effekte durch Varianzanalysen ist eine Stichprobe von mindestens $N=393$ nötig (Donath, 2007). Da von einer üblicherweise hohen Abbruchquote (30%-59%) ausgegangen wurde, wurden insgesamt 40 Suchtrehabilitationskliniken in die Studie eingeschlossen und eine Basis-Stichprobengröße von $N=1.600$ anvisiert, um bei Ausfall von 50% der Patienten eine genügend große Stichprobe zu haben. Tatsächlich beträgt die Stichprobengröße bei der Last observation carried forward - Methode (LOCF, siehe Kapitel 3.6.1) $N=1.225$. Aufgrund von Therapieabbrüchen und fehlenden Angaben betrug die Zahl der vollständigen Datensätze $N=535$, was nach der Post-Hoc-Analyse einer Power von $1-\beta=0,71$ entspricht. Die Zahl der Kliniken ($N=40$) entspricht ungefähr 20% der ca. 200 deutschen Suchtrehabilitationseinrichtungen (Kämmer-Reusch, 2001). Damit ergibt sich für das Hauptzielkriterium „Tabakpolitik“ bei einem Signifikanzniveau von 0,05 eine Power von 0,72 (Faul et al., 2007).

Die jeweils (sowohl für Mitarbeiter als auch für Patienten) erste Befragung wird als t_{0_M} bzw. t_{0_P} , die jeweils zweite als t_{1_P} bzw. t_{1_P} bezeichnet. Das Untersuchungsdesign dieser Arbeit mit den angestrebten Stichprobengrößen ist in Abbildung 3.1 dargestellt.

¹⁴ Die in der WIRK-II-Studie durchgeführte (und damit für die vorliegende Arbeit maßgebliche) Intervention fand nur auf Ebene des Klinikpersonals statt und zielte auf eine Beeinflussung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken ab (siehe auch Kapitel 3.4). Bei dieser Intervention handelte es sich also nicht um direkte Rauchentwöhnungsmaßnahmen für die Patienten.

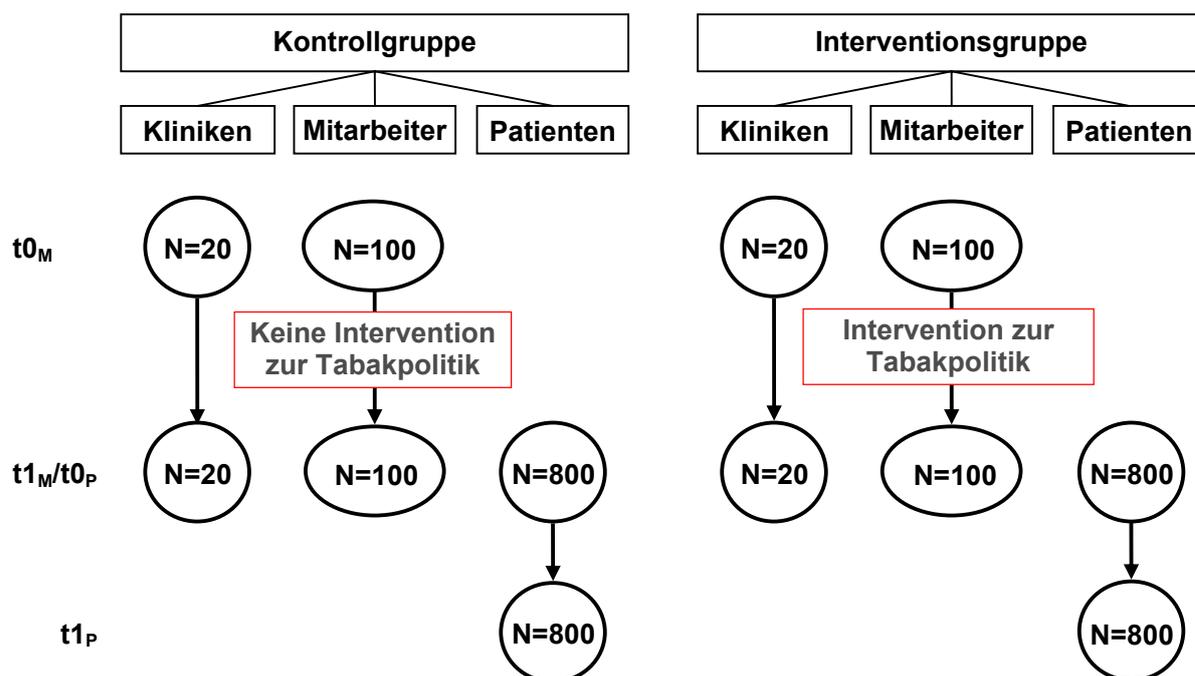


Abbildung 3.1: Untersuchungsdesign (angestrebte Zahl der Kliniken, Mitarbeiter und Patienten zu t₀ und t₁)

Anmerkung: _M: Mitarbeiter; _P: Patienten

3.2 Durchführung

3.2.1 Rekrutierung auf Klinikebene

Die Rekrutierung der Kliniken fand auf freiwilliger Basis ab Frühjahr 2004 statt, indem sich Kliniken auf Anzeigen meldeten oder schriftlich angefragt wurden. Voraussetzungen für die Teilnahme war eine Bettenzahl von ≥ 50 und die Behandlung von Patienten mit der Haupt-/Erstdiagnose Alkoholabhängigkeit. Von sieben Kliniken, die trotz geringerer Bettenzahl eingeschlossen wurden, kooperierten vier mit Partnerkliniken, um die Mindestbelegungszahl zu erreichen. Von den ursprünglich rekrutierten 41 Kliniken schieden aufgrund von Kapazitätsproblemen eine Klinik und zwei Partnerkliniken aus, sodass zur Statuserhebung (t_{0M}) der Kontroll- und der Interventionsgruppe jeweils 20 Kliniken zugewiesen werden konnten. Dazu wurden die Kliniken nach Größe der Klinik und Anteil der Hauptbeleger (Hauptdiagnosen der Patienten) zu Paaren gematcht und aus jedem Paar eine Klinik zufällig der Interventionsgruppe, die andere der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Kliniken wurden anschließend über ihre Gruppenzugehörigkeit informiert, da die dann stattfindende Schulung nicht verblindet werden konnte. Weitere zwei Kliniken aus der Interventionsgruppe schieden ebenfalls aus Kapazitätsproblemen freiwillig vor der Interventionserhebung (t_{1M}) aus, sodass längsschnittliche Analysen nur in insgesamt 38 Kliniken möglich sind (siehe auch Abbildung 3.2).

3.2.2 Rekrutierung der Mitarbeiter

Es wurden jeweils N=5 Mitarbeiter aus jeder eingeschlossenen Suchtrehabilitationsklinik anvisiert. Dabei sollte idealerweise von der Leitung jeder Klinik ein Ansprechpartner aus dem therapeutischen Team ausgewählt werden, der die Fragebögen jeweils von der Klinikleitung, einem Arzt, einem Psychologen, einem Mitarbeiter des Pflegepersonals und einem des therapeutischen Teams ausfüllen lassen sollte.

3.2.3 Rekrutierung auf Patientenebene

Die Patienten wurden durch Ansprechpartner in den jeweiligen Kliniken rekrutiert. Dazu sollten alle im Befragungszeitraum neu aufgenommenen Patienten mit der Haupt-/Erstdiagnose Alkoholabhängigkeit sowie ausreichenden Deutsch- und Lesekenntnissen auf die Teilnahme an der Studie angesprochen und (inkl. Informationsblättern) aufgeklärt werden. Nach Unterzeichnung der Einwilligungserklärung (siehe Anhang) füllten die Patienten den ersten anonymisierten Fragebogen (t_{0_p}), kurz vor ihrer Entlassung (bis zu sechs Monate nach der Aufnahme) den zweiten anonymisierten Fragebogen (t_{1_p}) aus, um eine längsschnittliche Analyse zu ermöglichen.

3.3 Stichprobe

3.3.1 Klinik- und Mitarbeiterstichprobe

Ausgehend von insgesamt 40 Kliniken (jeweils 20 in der Interventions- und Kontrollgruppe), aus denen durchschnittlich je fünf (vier bis sechs) Mitarbeiter ($N_{ges}=200$) zum ersten Messzeitpunkt (t_{0_M}) Angaben zur „Tabakpolitik“ (TKP) gemacht haben, sind zum zweiten Messzeitpunkt (t_{1_M}) nur zwei Kliniken aus der Interventionsgruppe ausgeschieden. Der Fragebogen wurde zu t_{1_M} von insgesamt 184 Mitarbeitern ausgefüllt. Von den 90 Mitarbeitern aus den Kliniken der Interventionsgruppe zu t_{1_M} haben 56 auch den Fragebogen zu t_{0_M} ausgefüllt (62%) und 34 Mitarbeiter sind zu t_{1_M} neu hinzugekommen. In der Kontrollgruppe haben 61 von 94 (65%) Mitarbeitern zu t_{1_M} schon zu t_{0_M} teilgenommen und 33 Mitarbeiter sind zu t_{1_M} neu hinzugekommen. Die Anzahl der Mitarbeiter und Kliniken zur Status- und Interventionserhebung ist in Abbildung 3.2 dargestellt. Die ausführliche Dropoutanalyse der Mitarbeiterstichprobe ist in Kapitel 4.1.1 zu finden.

Zur Statuserhebung (t_{0_M}) betrug der Frauenanteil 56,5% (Kontrollgruppe: 53,1%; Interventionsgruppe: 59,8%), das Durchschnittsalter lag bei 45,1 Jahren (KG: 45,1 Jahre; IG: 45,1 Jahre). Durchschnittlich waren die Mitarbeiter seit 9,0 Jahren (KG: 9,6 Jahre; IG: 8,4 Jahre) in den jeweiligen Kliniken angestellt. Die Mitarbeiterstichprobe rekrutierte sich, in Kontroll- und Interventionsgruppe gleichermaßen, zu ungefähr gleichen Teilen aus dem Pflegepersonal (17,5%), der Klinikleitung (17,0%), Ärzten (16,5%) und Psychologen/-therapeuten (15,5%). Seltener vertreten waren Ergo-/Physiotherapeuten (13,0%), Sozialpädagogen (12,5%) und „Andere“ (7,0%). In der Kontrollgruppe sind signifikant mehr Mitarbeiter aus der Kategorie „Andere“ (10,2%, überwiegend Mitarbeiter aus der Verwaltung) als in der Interventionsgruppe (3,9%). Der Anteil der aktuellen Raucher unter den Mitarbeitern betrug 27,0% (KG: 29,6%; IG: 24,5%), die Zahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten („Menge-Frequenz-Index“, MFI) lag bei 10,4 (KG: 11,7; IG: 9,1) und der durchschnittliche

Wert auf der fünfstufigen Skala des „Transtheoretischen Modells“ (DiClemente et al., 1991) bei 3,1 (KG: 3,3; IG: 2,8), was ziemlich exakt dem Stadium der Handlungsvorbereitung entspricht. Die „rauchbezogene „Klinikatmosphäre“ auf einer sechsstufigen Skala („1“=permissiv; „6“= restriktiv“) wird insgesamt mit 3,6 (KG: 3,5; IG: 3,7) bewertet. Ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe liegt nur beim Item „Stellung“ innerhalb der Klinik in der Kategorie „Andere“ (überwiegend Verwaltung) vor. Für eine ausführliche Stichprobenbeschreibung inklusive Überprüfung der Prätestäquivalenz siehe Kapitel 4.1.2.

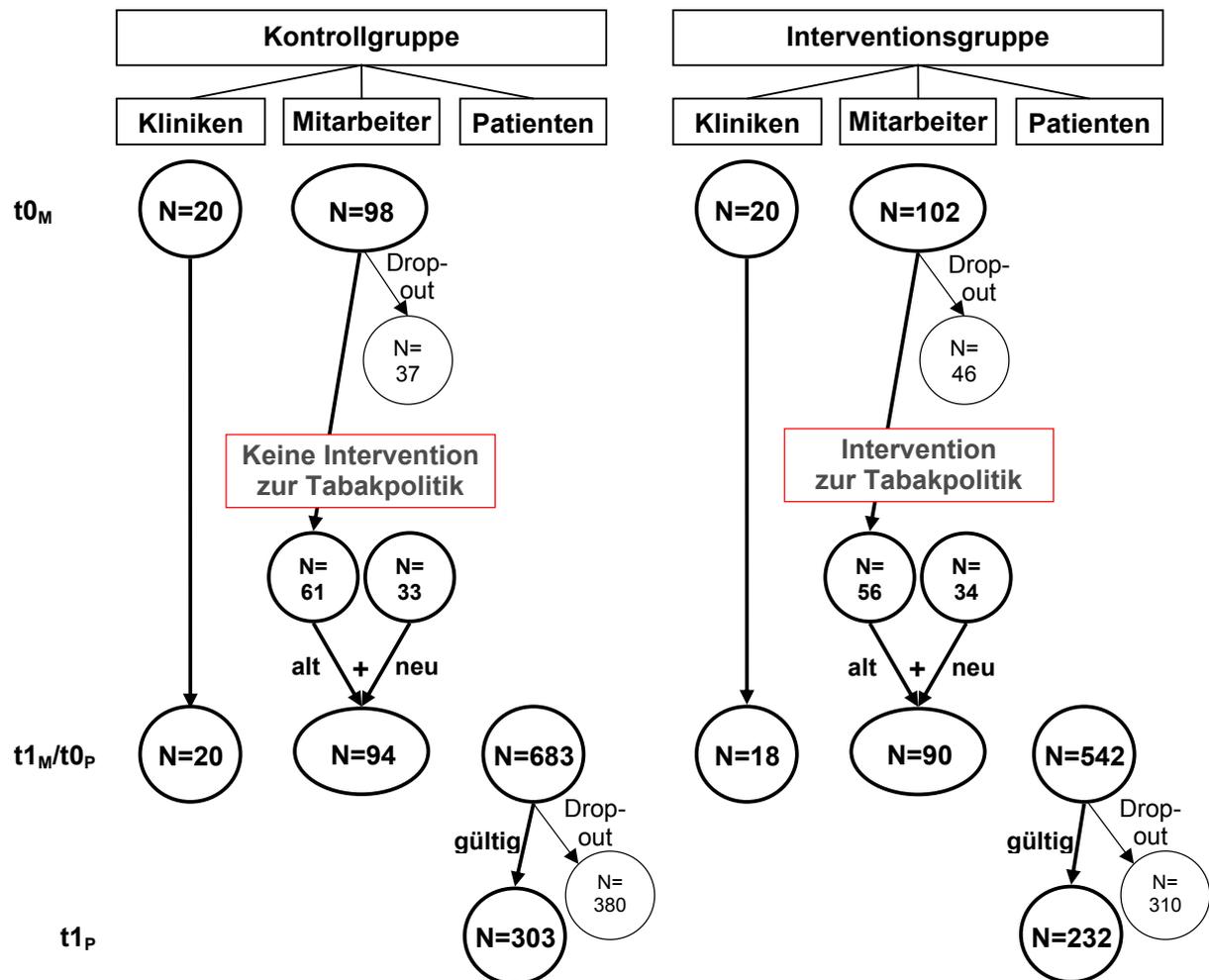


Abbildung 3.2: Klinik-, Mitarbeiter- und Patientenstichprobe (erreichte Zahl der Kliniken, Patienten und Mitarbeiter zu t₀ und t₁)

Anmerkung: _M: Mitarbeiter; _P: Patienten

3.3.2 Patientenstichprobe

Von insgesamt 1.225 Patienten lagen zur Klinikaufnahme (t_{0P}) Angaben zu ihrem Rauchverhalten und rauchbezogenen Einstellungen vor, wovon 683 in Kliniken der Kontrollgruppe und 542 in Kliniken der Interventionsgruppe rekrutiert wurden. Zur Entlassung lagen gültige

Fragebögen von insgesamt 535 Patienten vor, wovon 303 auf die Kontrollgruppe und 232 auf die Interventionsgruppen fallen. Die Dropoutquote beträgt insgesamt 56,3% und unterscheidet sich zwischen Kontrollgruppe (55,6%) und Interventionsgruppe (57,2%) nicht signifikant. Die in dieser Arbeit untersuchte Patientenstichprobe ist in Abbildung 3.2, die ausführliche Dropoutanalyse der Patientenstichprobe in Kapitel 4.2.1 dargestellt.

Der Anteil der Frauen betrug zur Aufnahme in der Klinik (t_{0p}) 24,0% (KG: 24,2%; IG: 23,8%), das Durchschnittsalter lag bei 43,3 Jahren (KG: 43,1 Jahre; IG: 43,4 Jahre) und 57,2% (KG: 58,9%; IG: 55,2%) der Patienten lebten allein. Keinen Schulabschluss hatten 10,1% (KG: 10,1%; IG: 10,1%), Volks- oder Hauptschulabschluss 40,2% (KG: 45,4%; IG: 33,6%), Mittlere Reife 32,8% (KG: 28,7%; IG: 38,0%) und Abitur/Fachabitur 14,8% (KG: 14,1%; IG: 15,7%). 14,2% (KG: 12,3%; IG: 16,6%) der Patienten waren zu t_{0p} nicht erwerbstätig, 33,1% (KG: 34,1%; IG: 31,9%) Vollzeit erwerbstätig, 4,1% (KG: 4,8%; IG: 3,1%) Teilzeit erwerbstätig und 41,5% (KG: 41,0%; IG: 42,1%) arbeitsuchend. Unter den Patienten zu t_{0p} waren 83,4% (KG: 85,5%; IG: 81,0%) Raucher und der MFI betrug durchschnittlich 19,0 (KG: 19,8; IG: 18,1). Durchschnittlich befanden sich die Patienten laut ihrer Werte auf der fünfstufigen Skala des „Transtheoretischen Modells“ (DiClemente et al., 1991) (Gesamt: 1,9; KG: 1,9; IG: 2,0) im Stadium der „Absichtsbildung“. Die durchschnittliche „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ (Jäkle et al., 1999) (fünfstufige Skala) betrug 2,5 (KG: 2,5; IG: 2,4), das „Wollensrating“ (Sciamanna et al., 2000) (sechsstufige Skala) 3,0 (KG: 3,1; IG: 2,8), die „soziale Unterstützung“ (Sommer & Fydrich, 1989) (fünfstufige Skala) 3,7 (KG: 3,7; IG: 3,8), die Tabakabhängigkeit nach Fagerström in der deutschen Version (Schumann et al., 2002) (maximal zehn Punkte; >5=starke Nikotinabhängigkeit) 5,0 (KG: 5,0; IG: 4,9), die „Entscheidungsbalance“ aus subjektiven Vor- und Nachteilen des Rauchens (Schumann et al., 2003) (0: gleich viele Vor- und Nachteile) 0,3 (KG: 0,2; IG: 0,4) und die rauchbezogene „Klinikatmosphäre“ aus Patientenperspektive (sechsstufige Skala) 4,1 (KG: 4,0; IG: 4,2).

Statistisch bedeutsam waren die Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe nur auf den Skalen „Schulabschluss“ (mehr „Volks-/Hauptschulabschlüsse“ in der KG; mehr „mittlere Reife“ in der IG), „aktueller Rauchstatus“ (mehr „aktuelle Raucher“ in der KG), „Wollensrating“ (in der KG höher) und „Klinikatmosphäre“, die in der Interventionsgruppe als restriktiver wahrgenommen wurde. Für eine ausführliche Stichprobenbeschreibung inklusive Überprüfung der Prätestäquivalenz siehe Kapitel 4.2.2.

3.4 Intervention zur Beeinflussung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken

Die Intervention fand auf Klinikebene statt, d.h. die Mitarbeiter wurden im Hinblick auf die „Tabakpolitik“ in ihren jeweiligen Kliniken geschult. Von einer verbesserten „Tabakpolitik“ in den Kliniken sollten wiederum die Patienten profitieren. Die Intervention war also direkt auf die Mitarbeiter ausgerichtet und sollte indirekt auf das Rauchverhalten der Patienten Einfluss nehmen. Die Multi-Level-Intervention zur Veränderung der „Tabakpolitik“ in den teilnehmenden Kliniken bestand aus mehreren Teilen: (1) Schulung zur Implementierung und Verbesserung struktureller Maßnahmen und (2) Schulung personenzentrierter Maßnahmen und (3) kontinuierliche Begleitung des angestoßenen Veränderungsprozesses. Die Teile (1) und (2) fanden im Rahmen eines dreitägigen Workshops (21.11.2005 - 23.11.2005) statt,

an dem ein oder zwei therapeutische Mitarbeiter pro Klinik (insgesamt N=27) teilnahmen. Im Folgenden werden die Interventionselemente genauer beschrieben (für eine genaue Beschreibung der Interventionsmaßnahmen siehe Donath (2007)).

3.4.1 Schulung von strukturellen Maßnahmen

Im Rahmen einer dreitägigen Schulung erfolgte zunächst eine allgemeine Einführung zum aktuellen Stand der Forschung zur Komorbidität von Alkohol- und Tabakabhängigkeit. Im Anschluss folgte anhand der Ergebnisse der Stuserhebung (t_{0_M}) für jede teilnehmende Klinik ein einrichtungsspezifisches Feedback zur bestehenden Tabakkontrollpolitik. Anhand der Ausprägung der sieben verschiedenen Politikbereiche („Regelwerk“, „Konsequenzen“, „Erfassung“, „Tabakentwöhnung“, „Kompetenz“, „Nichtraucherschutz“ und „Engagement“; siehe Kapitel 1.4.2) wurden sowohl Stärken zurückgemeldet als auch Entwicklungspotentiale abgeleitet. Daraus wurde schließlich der Bedarf an weiterführenden Maßnahmen bestimmt und mithilfe eines speziell für Suchtrehabilitationskliniken entwickelten Leitfadens zur Implementierung restriktiver Tabakkontrollpolitik wurden in Kleingruppen konkrete Schritte zur baldigen Umsetzung erarbeitet und geplant. Dabei wurden auch antizipierte Schwierigkeiten und deren Überwindung berücksichtigt.

3.4.2 Schulung von personenzentrierten Maßnahmen

Der zweite Teil des Workshops bestand aus der Schulung in zwei Gruppenprogrammen, die speziell zur Tabakentwöhnung von Rauchern in Suchtrehabilitationskliniken entwickelt wurden: (1) eine motivierende Intervention, die sich auch an noch nicht ausstiegsmotivierte Raucher wendet und (2) ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Ausstiegsprogramm. Beide Programme wurden in Gruppenarbeiten und Rollenspielen praxisnah vermittelt. Die Manuale, inklusive Arbeitsblättern, wurden allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt, um eine strukturierte Durchführung der Programme zu erleichtern.

3.4.3 Prozessbegleitung

Nach Beendigung des Workshops wurden die Interventionskliniken bei der Implementierung einer restriktiven Tabakkontrollpolitik sowie bei der Ein- und Durchführung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen unterstützend begleitet. Dazu erhielten sie in regelmäßigen Abständen Informationsmaterialien und aktuelle wissenschaftliche Publikationen und wurden während des gesamten Studienzeitraums telefonisch durch das Forschungsteam betreut. Allerdings wurde das Angebot zu bilateralen Telefongesprächen mit dem Forschungsteam von den Mitarbeitern kaum wahrgenommen.

3.5 Instrumente

Wie dem Studiendesign zu entnehmen ist, wurden die Mitarbeiter und die Patienten zu jeweils zwei Messzeitpunkten (MZP) befragt. Wenn nicht anders gekennzeichnet, wurden die vorgestellten Instrumente zu beiden MZP eingesetzt. Die dargestellten Instrumente sind nur eine Auswahl der wichtigsten, für die Beantwortung der Hypothesen relevanten Skalen. Die kompletten Fragebögen zur Befragung der Mitarbeiter und Patienten befinden sich im

Anhang ab Kapitel 7.6. Die Befragung der Kliniken im Rahmen der WIRK-II-Studie wurde bereits von Donath (2007) ausführlich beschrieben.

3.5.1 Befragung der Mitarbeiter zur Stuserhebung (t_{0_M}) und zur Interventionserhebung (t_{1_M})

Angaben zur Person

Die soziodemographischen Daten der Mitarbeiter wurden zu beiden MZP erhoben, da es eine gewisse Fluktuation innerhalb der Kliniken gab und beinhalteten unter anderem Angaben zu „Alter“, „Geschlecht“, „Stellung“ in der Klinik und „Dauer“ der Betriebszugehörigkeit.

Rauchverhalten

Rauchstatus

Der „Rauchstatus“ der Mitarbeiter wurde mit einem vierstufigen Item mit den Kategorien „Nichtraucher“, „Ex-Raucher“, „Gelegenheitsraucher“ und „täglich Raucher“ erfragt. Für die Auswertung wurde das Item dichotomisiert, indem die Antworten „Gelegenheitsraucher“ und „täglich Raucher“ zur Kategorie „aktueller Raucher“ und die Antworten „Nichtraucher“ und „Ex-Raucher“ zur Kategorie „aktueller Nichtraucher“ zusammengefasst wurden.

„Menge-Frequenz-Index“

Die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten wurde aus zwei Items berechnet: (1) „an wie vielen der letzten 30 Tage (t_{0_M}) haben Sie geraucht?“ und (2) „wie viele Zigaretten rauchen Sie an so einem Tag, an dem Sie rauchen?“. Das Produkt der beiden Werte wurde dann durch 30 dividiert und als „Menge-Frequenz-Index“ (MFI) bezeichnet. Analog wurde bei der Erfassung des „Menge-Frequenz-Index“ bei der Interventionserhebung (t_{0_M}) vorgegangen, bei der nach dem Rauchverhalten der letzten sieben Tage gefragt wurde.

„Aufhörtmotivation“ („Transtheoretisches Modell“, TTM)

Die „Aufhörtmotivation“ der Mitarbeiter wurde mit der fünfstufigen Skala des „Transtheoretischen Modells“ (siehe Exkurs in Kapitel 1.1.2) nach DiClemente und Kollegen (1991) erfragt. Die fünf Stadien der Veränderungsbereitschaft sind (1) Absichtslosigkeit, (2) Absichtsbildung, (3) Handlungsvorbereitung, (4) Handlung und (5) Aufrechterhaltung.

Rauchbezogene „Klinikatmosphäre“ (RAK)

Mit acht sechsstufigen Items wurde die rauchbezogene „Klinikatmosphäre“ aus Sicht der Mitarbeiter erhoben. Die Skala enthält von Donchin & Baras (2004), Kraus, Augustin & Orth (2005), Schulz, Töpfer & Behrens (2004) adaptierte sowie an Hurt (1995) und Longo (1998) angelehnte Items, die danach fragen, ob die Maßnahmen für eine restriktive „Tabakpolitik“ in der Klinik umgesetzt werden, ob die Maßnahmen und deren Umsetzung als (zu) restriktiv eingeschätzt werden und ob die einzelnen Maßnahmen als sinnvoll bewertet werden.

Beispielitem: „Unsere Klinik sollte komplett rauchfrei sein.“

(Antwortmöglichkeiten: „1“=„lehne ab“ bis „6“=„stimme voll zu“)

Skalen zur Erfassung der „Tabakpolitik“

Nach testtheoretischer Überprüfung eines größeren Itempools haben sich die in dieser Arbeit verwendeten Items zur Erfassung der sieben verschiedenen Bereiche der „Tabakpolitik“ bewährt (Donath, 2007). Die sieben Subskalen enthalten bewährte Items aus dem Audit (ENSH, 2003b), von Freund und Kollegen (2004) sowie von Farelly, Evans & Sfekas (1999), die teilweise modifiziert und ergänzt wurden.

Überwiegend handelt es sich um dreistufige kategoriale Items mit den Antwortmöglichkeiten „Ja“, „Nein“ und „Weiß nicht“. Die änderungssensitiven Items zur Bekanntheit und Akzeptanz werden mit einer sechsstufigen Ratingskalen erhoben (1=„sehr niedrig“ bis 6=„sehr hoch“ bzw. 1=„lehne ab“ bis 6=„stimme voll zu“).

Für die Umsetzung von Maßnahmen für eine bessere „Tabakpolitik“ gibt es Punkte und für jede der sieben Subskalen einen maximalen Punktwert (Nenner). Aus den Antworten der Mitarbeiter einer Klinik wurde ein Mittelwert gebildet (Zähler). Der Quotient aus dem Mittelwert der Mitarbeiter aus einer Klinik und dem maximalen Punktwert pro Skala wurde prozentuiert und repräsentiert einen Bereich der „Tabakpolitik“ pro Klinik. Der Gesamtwert der „Tabakpolitik“ pro Klinik wurde aus dem Mittelwert der sieben Subskalen gebildet.

„Regelwerk“

Die Skala „Regelwerk“ besteht aus acht dreistufigen und sieben sechsstufigen Items, die die Existenz und Historie, die Details, die Einhaltung und die Akzeptanz der Regelungen zum Rauchen erfragen. Es können maximal neun Punkte erreicht werden. Die Skala enthält teilweise adaptierte Items aus dem Audit (ENSH, 2003b) sowie von Farelly, Evans & Sfekas (1999) und wurde vom IFT München ergänzt.

Beispielitem: „Ihre Hausordnung enthält Regelungen, die das Rauchen einschränken oder verbieten.“

(Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“, „weiß nicht“)

„Konsequenzen“

Sieben dreistufige und sechs sechsstufige Items bilden die Subskala „Konsequenzen“, mit denen die Kontrolle der Regeleinhaltung, die Dokumentation von Verstößen und die Existenz von Sanktionen erfasst werden. Die Skala besteht aus Items, die vom IFT München entwickelt wurden (Donath, 2007) und es können maximal acht Punkte erreicht werden.

Beispielitem: „Die Einhaltung der Regelungen zum Nichtrauchen wird kontrolliert.“

(Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“, „weiß nicht“)

Diagnostik und „Erfassung“ von Rauchern im System Klinik

Die Subskala „Erfassung“ besteht aus acht dreistufigen Items, mit denen die Mitarbeiter befragt werden, ob der Rauchstatus der Patienten erfasst wird und ob Diagnosen zur Tabakabhängigkeit gestellt werden. Zusätzlich fließen in diese Subskala der Rauchstatus zur Entlassung aus dem Patientenfragebogen und die Ergebnisse der Tabakentwöhnung aus dem Entlassungsbericht mit ein. Die Items stammen aus dem Audit (ENSH, 2003b) oder sind an Freund und Kollegen (2004) angelehnt. Maximal können auf dieser Skala sieben Punkte erreicht werden.

Beispielitem: „Der Rauchstatus wird systematisch erfasst.“
(Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“, „weiß nicht“)

„Tabakentwöhnung“

Mit sechs dreistufigen, einem vierstufigen (Antwortmöglichkeiten: „ganz“, „teilweise“, „gar nicht“ und „weiß nicht“) und vier sechsstufigen Items werden die Angebote zur „Tabakentwöhnung“ für Patienten und Mitarbeiter erfragt. Die Skala enthält an den Audit (ENSH, 2003b) angelehnte Items und wurde mit weiteren des IFT München (Donath, 2007) ergänzt. Es sind maximal zwölf Punkte auf der Subskala „Tabakentwöhnung“ möglich.

Beispielitem: „Ihre Klinik hat in den letzten 12 Monaten rauchenden Patienten Maßnahmen zur Tabakentwöhnung angeboten.“
(Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“, „weiß nicht“)

„Kompetenz“

Die Qualifikation des Klinikpersonals zur Durchführung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen, der Bekanntheitsgrad dieser Maßnahmen und die Unterstützung für Fortbildungen soll von den Mitarbeitern mit vier dreistufigen und vier sechsstufigen Items bewertet werden. Die Items stammen aus dem Audit (ENSH, 2003b) oder sind an Freund und Kollegen (2004) angelehnt. Auf der Subskala „Kompetenz“ sind maximal fünf Punkte möglich.

Beispielitem: „Klinisches Personal ist in der Tabakentwöhnung geschult.“
(Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“, „weiß nicht“)

„Nichtraucherschutz“

Mit sieben dreistufigen und drei sechsstufigen Items werden die Details (z.B. Effektivität von Raucherbereichen) und Aktivitäten zum „Nichtraucherschutz“ erhoben. Die Items stammen aus dem Audit (ENSH, 2003b) oder sind an Freund und Kollegen (2004) angelehnt. Maximal können auf dieser Skala neun Punkte erreicht werden.

Beispielitem: „Im Klinikbereich gibt es ausgewiesene Raucherzonen.“
(Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“, „weiß nicht“)

„Engagement“

Ob eine Arbeitsgruppe zur Förderung des Nichtrauchens in der Klinik existiert und wie effektiv sie arbeitet wird mit den vierzehn Items der Subskala „Engagement“ erfasst. Zusätzlich wird die Außendarstellung der Klinik zum Thema „Tabakpolitik“ bewertet. Die Items stammen aus dem Audit (ENSH, 2003b) oder sind an Freund und Kollegen (2004) angelehnt. Es sind maximal zwölf Punkte auf der Subskala „Engagement“ möglich.

Beispielitem: „In Prospekten und auf der Internetseite der Klinik wird die Haltung zum Rauchen klar.“
(Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“, „weiß nicht“)

3.5.2 Befragung der Patienten zur Aufnahme ($t_{0,p}$) und zur Entlassung ($t_{1,p}$)

Soziodemographische Daten

Angaben zur Person (Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, Erwerbstätigkeit) wurden von den Patienten nur zur Aufnahme erhoben.

Rauchanamnese

In der Rauchanamnese wird der „Rauchstatus“, der „Menge-Frequenz-Index“ und die körperliche Abhängigkeit mit der deutschen Version (Schumann et al., 2002) des Fagerström-Tests zur Nikotinabhängigkeit gemessen.

Rauchstatus

Der „Rauchstatus“ der Patienten wurde analog zu dem der Mitarbeiter mit einem vierstufigen Item mit den Kategorien „Nichtraucher“, „Ex-Raucher“, „Gelegenheitsraucher“ und „tägliches Raucher“ erfragt. Für die Auswertung wurde das Item dichotomisiert, indem die Antworten „Gelegenheitsraucher“ und „tägliches Raucher“ zur Kategorie „aktueller Raucher“ und die Antworten „Nichtraucher“ und „Ex-Raucher“ zur Kategorie „aktueller Nichtraucher“ zusammengefasst wurden.

„Menge-Frequenz-Index“

Die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten wurde für die Patienten ebenso wie für die Mitarbeiter aus zwei Items berechnet: (1) „an wie vielen der letzten 30 Tage ($t_{0,p}$) haben Sie geraucht?“ und (2) „wie viele Zigaretten rauchen Sie an so einem Tag, an dem Sie rauchen?“. Das Produkt der beiden Werte wurde dann durch 30 dividiert und als „Menge-Frequenz-Index“ (MFI) bezeichnet. Analog wurde bei der Erfassung des „Menge-Frequenz-Index“ bei der Entlassung ($t_{1,p}$) vorgegangen, bei der nach dem Rauchverhalten der letzten sieben Tage gefragt wurde.

Nikotinabhängigkeit

Die Ausprägung der Nikotinabhängigkeit wurde mit der deutschen Version (Schumann et al., 2002) des Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) von Heatherton (1991) zur Aufnahme in der Klinik erhoben. Die eindimensionale Skala, die sechs Items in verschiedenen Antwortformaten enthält, reicht von „0“ (keine Abhängigkeit) bis „10“ (schwere Abhängigkeit).

Beispielitem: „Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?“
(Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“)

„Aufhörmotivation“ („Transtheoretisches Modell“, TTM)

Die „Aufhörmotivation“ der Patienten wurde analog zu der der Mitarbeiter mit der fünfstufigen Skala des „Transtheoretischen Modells“ (siehe Exkurs in Kapitel 1.1.2) nach DiClemente und Kollegen (1991) erfragt. Die fünf Stadien der Veränderungsbereitschaft sind (1) Absichtslosigkeit, (2) Absichtsbildung, (3) Handlungsvorbereitung, (4) Handlung und (5) Aufrechterhaltung.

„Wollensrating“

Die Erfassung der Motivation zum Nichtrauchen („Wollensrating“) erfolgte nach Sciamanna und Kollegen (2000) mit dem sechsstufigen Item „Ich möchte gerne Nichtraucher werden.“ (1=„stimmt nicht“ bis 6=„stimmt völlig“).

„Entscheidungsbalance“ aus subjektiven Vor- und Nachteilen des Rauchens (DBR)

Die Skala zur Messung der „Entscheidungsbalance“ aus subjektiven Vor- und Nachteilen des Rauchens (Schumann et al., 2003) besteht aus sechs (je drei für Vor- und Nachteile) fünfstufigen Items (0=„überhaupt nicht wichtig“ bis 5=„sehr wichtig“). Aus der Summe der Vorteile und der Summe der Nachteile wird die Differenz gebildet. Werte ≥ 0 bedeuten, dass aus subjektiver Perspektive die Vorteile des Rauchens gegenüber den Nachteilen überwiegen.

Beispielitem (Vorteil): „Ich bin entspannt und daher umgänglicher, wenn ich rauche.“

(Antwortmöglichkeiten: „1“=„überhaupt nicht wichtig“,

„2“=„sehr wichtig“)

Beispielitem (Nachteil): „Es bringt mich in Verlegenheit, dass ich rauchen muss.“

(Antwortmöglichkeiten: „1“=„überhaupt nicht wichtig“,

„2“=„sehr wichtig“)

„Rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“

Die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ wurde mit der deutschen Übersetzung (Jäkle et al., 1999) der „Selbstwirksamkeitserwartungs-Skala zur Raucherentwöhnung“ (SE-R) von Fava und Kollegen (1991) erfasst. Auf neun fünfstufigen Items (1=„sehr geringe/keine Sicherheit“ bis 5=„große Sicherheit“) wird die Zuversicht des Patienten erfragt, in Versuchungssituationen auf das Rauchen verzichten zu können. Aus den neun Items wird ein Mittelwert gebildet, der den Gesamtwert repräsentiert.

Beispielitem: „Wenn die Dinge nicht so laufen, wie ich es möchte und frustriert bin“

(Antwortmöglichkeiten: „1“=„unsicher“ bis „5“=„sicher“)

Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung wurde zur Aufnahme in der Klinik ($t_{0,p}$) mit dem SOZU-K22 (Sommer & Fydrich, 1989) erhoben. Der SOZU-K22 besteht aus insgesamt 22 fünfstufigen Items (1=„trifft nicht zu“ bis 5=„trifft genau zu“), die die Bereiche „Emotionale Unterstützung“ (acht Items), „Praktische Unterstützung“ (vier Items), „soziale Integration“ (sechs Items), „Vertrauensperson“ (zwei Items) und „Zufriedenheit mit „sozialer Unterstützung“ (zwei Items) erfassen. Der Mittelwert repräsentiert den Gesamtwert der Skala.

Beispielitem: „Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.“

(Antwortmöglichkeiten: „1“=„trifft nicht zu“ bis „5“=„trifft genau zu“)

Rauchbezogene „Klinikatmosphäre“

Mit acht sechsstufigen Items wurde die rauchbezogene „Klinikatmosphäre“ aus Sicht der Patienten erhoben. Die von Donchin & Baras (2004), Kraus, Augustin & Orth (2005), Schulz, Töpfer & Behrens (2004) adaptierten sowie an Hurt (1995) und Longo (1998) angelehnten

Items fragen danach, ob die „Tabakpolitik“ der Klinik bekannt ist, ob die Maßnahmen und deren Umsetzung als (zu) restriktiv eingeschätzt werden und ob die einzelnen Maßnahmen als sinnvoll bewertet werden.

Beispielitem: „Die „Tabakpolitik“ in dieser Klinik ist insgesamt sehr streng.“

(Antwortmöglichkeiten: „1“=„lehne ab“ bis „6“=„stimme voll zu“)

3.6 Statistische Analysen

Neben einer deskriptiven Darstellung (Häufigkeit, Mittelwert, Standardabweichung, Schiefe und Exzess) der in späteren Analysen verwendeten Skalen wurde die Standardnormalverteilung mit Kolmogorov-Smirnov-Tests geprüft. Mittelwertsunterschiede und Zeiteffekte wurden bei kontinuierlichen Skalen mit T-Tests und bei kategorialen Skalen mit Kruskal-Wallis-H-Tests, Mann-Whitney-U-Tests und Wilcoxon-Tests auf Signifikanz geprüft. Bei signifikanten Mittelwertsunterschieden auf mehr als zweistufigen Skalen wurden anschließend Post-hoc-Tests durchgeführt. Die Retestreliabilität der „Tabakpolitik“-Skalen und die konvergente Validität wurden mit bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson berechnet. Die interne Konsistenz wurde mit Cronbachs α und die Präzision von Cronbachs α nach Bühner (2005) bestimmt. Als Extraktionsmethode der explorativen Faktorenanalyse wurde eine Hauptkomponentenanalyse verwendet, die Rotationsmethode wurde auf maximale Varianzaufklärung mit Kaiser-Normalisierung festgelegt. Für die Prädiktion des dichotomen Kriteriums „Abstinenz“ wurde eine schrittweise logistische Regression unter Berücksichtigung möglicher Intraklassenkorrelationen (Clusterrandomisierung) durchgeführt (Localio et al., 2001), für die Prädiktion der kontinuierlichen Kriterien „Menge-Frequenz-Index“, „Transtheoretisches Modell“, „Wollensrating“ und „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ wurden schrittweise lineare Regressionen berechnet.

3.6.1 Umgang mit Dropouts

Ein bedeutsames methodisches Problem in Längsschnittstudien ist der kaum vermeidbare Ausfall von Studienteilnehmern (Dropout), die zu einem oder mehreren Messzeitpunkten keine Daten liefern (Dufouil, Brayne & Clayton, 2004; Schafer & Graham, 2002). Um mögliche Implikationen von Dropouts zu überprüfen, wurden in dieser Arbeit neben ausführlichen Dropoutanalysen alle Analysen für jeweils zwei Stichproben berechnet: (1) Dropouts zu t_{0p} (Kriterium „Menge-Frequenz-Index“) wurden komplett aus der Analyse ausgeschlossen (Complete-Case-Analyse) und (2) Dropouts zu t_{1p} wurden wie zu t_{0p} gewertet, d.h. es wurde jeweils angenommen, dass sich sowohl der Rauchstatus als auch der „Menge-Frequenz-Index“ nicht verändert haben (Last observation carried forward, LOCF).

3.6.2 Computerprogramme

Die Poweranalyse erfolgte mit dem Programm g-Power[®] (Faul et al., 2007). Die logistischen Regressionen unter Berücksichtigung der Clusterrandomisierung wurden mit Stata/SE 9.2 (StataCorp, 2006), alle weiteren statistischen Analysen mit SPSS 15 durchgeführt.

4 Ergebnisse

Zunächst werden - als Voraussetzung für die Hypothesenprüfung - die methodischen Analysen zu Stichprobenausfällen (Dropouts) bei Kliniken und Mitarbeitern (Kapitel 4.1) sowie Patienten (Kapitel 4.2) dargestellt. Ab Kapitel 4.3 folgt die Darstellung der Ergebnisse zur Überprüfung der Hypothesen.

4.1 Mitarbeiter und Kliniken

4.1.1 Halte- und Ausfallstichprobe

Eine Dropoutanalyse zur Überprüfung der Äquivalenz der Halte- und der Ausfallstichprobe sowie der Stichprobe der neuen Mitarbeiter zu t_{1M} wurde unter Berücksichtigung aller jeweils gültigen Fälle bei kategorialen Variablen mithilfe von Kruskal-Wallis-H-Tests und einfaktoriellen Varianzanalysen (ANOVAs) bei kontinuierlichen Variablen durchgeführt. Die Zahlen in Tabelle 4.1 zeigen, dass es weder bei den soziodemographischen noch bei den Angaben zu rauchbezogenen Variablen, zur „Klinikatmosphäre“ oder zur „Tabakpolitik“ signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gibt. Die einzige Ausnahme ist die signifikant längere Klinikzugehörigkeit der Haltestichprobe.

Ein Überblick über die Halte- und Ausfallstichproben auf Klinik- und Mitarbeitererebene ist in Kapitel 3.3.1 zu finden.

Tabelle 4.1: Deskriptive Darstellung der Dropoutanalyse der Mitarbeiter (N_{t0}=200; N_{t1}=184)

	FB t _{0M} und t _{1M}			Nur FB t _{0M}			Nur FB t _{1M}			p ¹
	N	%	M	N	%	M	N	%	M	
Alter (Jahre)			45,3			44,7			43,5	.41
Geschlecht										.51
weiblich	64	54,7		50	38,3		36	53,7		
männlich	53	45,3		31	61,7		31	46,3		
Interventionsgruppe	56	47,9		46	55,4		34	50,7		.58
Kontrollgruppe	61	52,1		37	44,6		33	49,3		.58
Stellung										.10
Klinikleitung	7	10,4		11	13,3		23	19,7		
Arzt	9	13,4		15	18,1		18	15,4		
Pflegepersonal	8	11,9		17	20,5		18	15,4		
Psychologe/-therapeut	15	22,4		13	15,7		19	16,2		
Sozialpädagoge/-arbeiter	8	11,9		11	13,3		14	12,0		
Ergo-/Physiotherapeut	11	16,4		11	13,3		15	12,8		
Andere	9	13,4		4	4,8		10	8,5		
Klinikzugehörigkeit (Jahre)			11,0			8,8			9,0	.05
Täglicher Raucher t _{0M}	28	23,9		12	14,5					.43
Täglicher Raucher t _{1M}	22	18,8					12	17,9		.91
Menge-Frequenz-Index t _{0M}			11,9			7,7				.08
Menge-Frequenz-Index t _{1M}			11,9					9,8		.42
TTM t _{0M}			2,9			3,3				.30
TTM t _{1M}			3,2					3,3		.78
Klinikatmosphäre t _{0M}			3,6			3,6				.85
Klinikatmosphäre t _{1M}			3,7					3,6		.71
TKP gesamt t _{0M}			46,2			47,3				.52
TKP gesamt t _{1M}			51,5					50,4		.57

Anmerkung: ¹ Vergleichsanalysen mit gültigen Fällen: Kruskal-Wallis-H-Tests für kategoriale Variablen und einfaktorielle ANOVAs für kontinuierliche Variablen

² TTM: „Aufhörmotivation“ nach „Transtheoretischem Modell“

³TKP: Skala „Tabakpolitik“

FB: Fragebogen

⁴ _M: Mitarbeiter

4.1.2 Prätestäquivalenz Mitarbeiter

Die Baseline-Charakteristika der Kliniken sind in Tabelle 4.2 dargestellt. Um sicherzugehen, dass keine vorhandenen Prätest-Unterschiede übersehen werden, die zu einer Konfundierung der Ergebnisse führen könnten, wurde die Prätestäquivalenz der beiden Untersuchungsgruppen, analog zur Dropoutanalyse (Tabelle 4.1), unter Berücksichtigung aller jeweils gültigen Fälle mithilfe von Mann-Whitney-U-Tests (bei kategorialen Variablen) und einfaktoriellen Varianzanalysen (bei kontinuierlichen Variablen) durchgeführt. Unterschiede

zeigen sich nur für den Mittelwert der Subskalen „Regelwerk“, der in der Kontrollgruppe zu t_{0_M} signifikant höher ist als in der Interventionsgruppe¹⁵ und „Nichtraucherschutz“, der zu t_{0_M} in der Interventionsgruppe signifikant höher ist als in der Kontrollgruppe. Außerdem sind bei dem Item „Stellung“ in der Klinik mehr Mitarbeiter aus der Kontrollgruppe in der Kategorie „Andere“ (vor allem Verwaltung) zu finden als in der Interventionsgruppe.

Tabelle 4.2: Deskriptive Darstellung der Prätestäquivalenz der Mitarbeiter ($N_{t_0}=200$)

	KG			IG			Gesamt			p^1	
	N	%	M	N	%	M	N	%	M		MV ²
Alter (Jahre)			45,1			45,1			45,1	0	.99
Geschlecht										3	.33
Weiblich	52	53,1		61	59,8		113	56,5			
Männlich	45	45,9		39	38,2		84	42,0			
Stellung										2	.37
Klinikleitung	15	15,3		19	18,6		34	17,0			
Arzt	17	17,3		16	15,7		33	16,5			
Pflegepersonal	16	16,3		19	18,6		35	17,5			
Psychologe/-therapeut	13	13,3		18	17,6		31	15,5			
Sozialpädagoge/-arbeiter	13	13,3		12	11,8		25	12,5			
Ergo/-Physiotherapeut	12	12,2		14	13,7		26	13,0			
Andere	10	10,2		4	3,9		14	7,0			
Klinikzugehörigkeit (Jahre)			9,6			8,4			9,0	1	.26
Aktueller Raucher t_{0_M}	29	29,6		25	24,5		54	27,0		0	.91
Menge-Frequenz-Index t_{0_M}			11,7			9,1			10,4	146	.25
TTM ³ t_{0_M}			2,8			3,3			3,1	99	.17
Klinikatmosphäre t_{0_M}			3,5			3,7			3,6	0	.13
Regelwerk t_{0_M}			59,4			55,2			57,3	0	.02
Konsequenzen t_{0_M}			65,6			62,6			64,1	1	.31
Tabakentwöhnung t_{0_M}			39,6			44,4			42,1	1	.07
Erfassung t_{0_M}			56,5			61,1			58,9	7	.19
Kompetenz t_{0_M}			30,0			39,0			35,7	6	.07
Nichtraucherschutz t_{0_M}			41,2			47,4			44,3	0	.02
Engagement t_{0_M}			25,3			24,1			24,7	4	.67
TKP ⁴ gesamt t_{0_M}			45,6			47,7			46,6	0	.21

Anmerkung: ¹ Vergleichsanalysen mit gültigen Fällen: Kruskal-Wallis-H-Tests für kategoriale Variablen und einfaktorielle ANOVAs für kontinuierliche Variablen
² MV: Fehlende Werte (Missing Value)
³ TTM: „Aufhörmotivation“ nach „Transtheoretischem Modell“
⁴ TKP: Skala „Tabakpolitik“
⁵ _M: Mitarbeiter

¹⁵ Die in der WIRK-II-Studie durchgeführte (und damit für die vorliegende Arbeit maßgebliche) Intervention fand nur auf Ebene des Klinikpersonals statt und zielte auf eine Beeinflussung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken ab (siehe auch Kapitel 3.4). Bei dieser Intervention handelte es sich also nicht um direkte Rauchentwöhnungsmaßnahmen für die Patienten.

4.1.3 Deskriptive Darstellung rauchbezogener Variablen und der „Tabakpolitik“

Tabelle 4.3 enthält deskriptive Daten zu rauchbezogenen Variablen, zur „Klinikatmosphäre“, zur „Tabakpolitik“ (Subskalen und Gesamtwert zu beiden Messzeitpunkten) sowie die Differenzwerte zwischen Interventionserhebung und Stuserhebung. Neben der Berechnung von Mittelwert, Standardabweichung, Schiefe und Exzess wurde mithilfe von Kolmogorov-Smirnov-Tests die Normalverteilung getestet sowie bei Skalen, die mehrere Items enthalten, mit Cronbachs α die interne Konsistenz berechnet. Alle dargestellten Skalen weichen nicht signifikant von der Normalverteilung ab, sodass im Folgenden parametrische Verfahren verwendet werden können.

Paarweise T-Tests zur Überprüfung von Zeiteffekten ergaben keine statistisch bedeutsamen Unterschiede für die Skalen „MFI“, „TTM“ und „Klinikatmosphäre“. Bei den Skalen zur Messung der „Tabakpolitik“ zeigte sich, dass sich über alle Kliniken die Werte der Gesamtskala sowie der Subskalen „Regelwerk“, „Erfassung“, „Nichtraucherschutz“ und „Engagement“ signifikant verbessert haben. Die leichten Verbesserungen der Subskalen „Konsequenzen“ und „Tabakentwöhnung“ sowie der leichte Rückgang bei der „Kompetenz“ sind statistisch nicht bedeutsam. Eine genaue Analyse der Veränderung der „Tabakpolitik“ in dieser Stichprobe haben Kühnel, Metz & Kipke (2007) bereits vorgenommen. Es sei aber darauf hingewiesen, dass sich die „Tabakpolitik“ in Kontroll- und Interventionskliniken unterschiedlich verändert hat: Während es in der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen in der Gesamtskala sowie in den Subskalen „Regelwerk“, „Konsequenzen“, „Erfassung“ und „Nichtraucherschutz“ gab, hat sich in der Kontrollgruppe nur die Subskala „Erfassung“ statistisch bedeutsam verbessert.

Tabelle 4.3: Deskriptive Darstellung der rauchbezogenen Variablen und der „Tabakpolitik“ in den Kliniken ($N_{t0}=200$; $N_{t1}=184$)

	M	SD	Schiefe	Exzess	N	α	p^1
MFI t_{0M}	10,7	6,7	0,2	-1,0	32		.59
MFI t_{1M}	11,4	7,0	0,3	-0,7	28		.92
Δ MFI ($t_{1M}-t_{0M}$)	0,5	5,8	0,5	2,3	24		.65
TTM t_{0M}	3,0	1,4	0,0	-1,3	39		.60
TTM t_{1M}	3,3	1,3	-0,2	-1,0	38		.65
Δ TTM ($t_{1M}-t_{0M}$)	0,3	1,4	0,0	2,9	37		.22
Klinikatmosphäre t_{0M}	3,6	0,4	-0,5	-0,8	40	.57	.41
Klinikatmosphäre t_{1M}	3,6	0,3	-0,4	-0,4	38	.60	.76
Δ Klinikatmosphäre ($t_{1M}-t_{0M}$)	0,0	0,4	0,7	0,9	38		.83
Regelwerk t_{0M}	57,3	7,7	0,1	0,6	40		.84
Konsequenzen t_{0M}	64,2	12,1	-1,5	4,6	40		.55
Tabakentwöhnung t_{0M}	42,1	13,1	0,1	-0,2	40		.84
Erfassung t_{0M}	58,8	15,0	-0,4	-0,2	40		.96
Kompetenz t_{0M}	35,4	18,4	0,6	0,0	40		.82
Nichtraucherschutz t_{0M}	44,6	11,8	0,0	-1,3	40		.32
Engagement t_{0M}	24,5	9,7	0,3	-0,2	40		.79
TKP gesamt t_{0M}	46,7	7,4	-0,6	0,2	40	.66	.59
Regelwerk t_{1M}	61,4	8,4	-0,3	-0,5	38		.42
Konsequenzen t_{1M}	66,1	11,0	-0,2	-0,7	38		.78
Tabakentwöhnung t_{1M}	45,5	10,6	0,1	-0,6	38		.85
Erfassung t_{1M}	67,0	14,6	-0,3	-0,6	38		.46
Kompetenz t_{1M}	34,8	14,5	0,3	-0,5	38		.86
Nichtraucherschutz t_{1M}	50,6	11,5	0,5	-0,3	38		.92
Engagement t_{1M}	31,8	14,4	0,7	0,2	38		.82
TKP gesamt t_{1M}	50,9	8,2	0,3	-0,5	38	.80	.97
Δ Regelwerk ($t_{1M}-t_{0M}$) ³	4,0**	7,3	0,2	-0,6	38		.56
Δ Konsequenzen ($t_{1M}-t_{0M}$) ³	2,1	10,5	0,0	-0,3	38		.84
Δ Tabakentwöhnung ($t_{1M}-t_{0M}$) ³	3,0	12,2	0,9	1,9	38		.76
Δ Erfassung ($t_{1M}-t_{0M}$) ³	8,8**	16,0	1,6	4,2	38		.10
Δ Kompetenz ($t_{1M}-t_{0M}$) ³	-0,4	18,8	-0,7	0,2	38		.53
Δ Nichtraucherschutz ($t_{1M}-t_{0M}$) ³	6,1**	13,7	0,9	2,6	38		.71
Δ Engagement ($t_{1M}-t_{0M}$) ³	7,3**	13,6	0,4	0,3	38		.76
Δ TKP gesamt ($t_{1M}-t_{0M}$) ³	4,3**	8,2	0,7	0,9	38		.96

Anmerkung: ¹ Überprüfung der Normalverteilung durch Kolmogorov-Smirnov-Test.

² TKP: Skala „Tabakpolitik“

³ Paarweise T-Tests zur Überprüfung der Mittelwertsunterschiede. **: $p < .01$

⁴ _M: Mitarbeiter

4.2 Patienten

4.2.1 Halte- und Ausfallstichprobe

In Tabelle 4.4 sind soziodemographische Daten und Zahlen zu rauchbezogenen Variablen dargestellt. Verglichen werden die Patienten, von denen der „Menge-Frequenz-Index“ (MFI) nur zum ersten Messzeitpunkt vorliegt („Nur FB t_{0p}“), mit den Patienten, von denen der „MFI“ zu beiden Messzeitpunkten vorliegt („FB t_{0p} und t_{1p}“) (zum Umgang mit Dropouts siehe Kapitel 3.6.1). Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Halte- und Ausfallstichprobe zeigen sich beim „Rauchstatus“, „MFI“ und „TTM“. Demnach sind in der Haltestichprobe die Raucherquote und der „MFI“ signifikant höher sowie die durchschnittlichen Werte auf der „TTM“-Skala niedriger.

Ein Überblick über die Halte- und Ausfallstichproben auf Patientenebene ist in Kapitel 3.2.3 zu finden.

Tabelle 4.4: Deskriptive Darstellung der Dropoutanalyse der Patienten (N=1.225)

	FB t _{0p} und t _{1p}		Nur FB t _{0p}		Gesamt		MV ²	p ¹
	N	%	N	%	N	%		
N	535	43,7	690	56,3	1.225			
Alter (Jahre)	43,4		43,2		43,2		0	.73
Geschlecht							11	.80
weiblich	131	24,6	163	23,6	294	24,0		
männlich	402	75,0	518	75,1	920	75,1		
Familienstand							6	.37
alleinlebend	294	55,0	407	59,0	701	57,2		
mit Partner	239	44,7	279	40,4	518	42,3		
Schulabschluss							26	.57
Kein Abschluss	46	8,6	78	11,3	124	10,1		
Volks-/Hauptschule	218	40,7	274	39,7	492	40,2		
Mittlere Reife/POS	180	33,6	222	32,2	402	32,8		
Fachabitur/Abitur	77	14,4	104	15,1	181	14,8		
Erwerbstätigkeit							24	.70
nicht erwerbstätig	67	12,5	107	15,5	174	14,2		
Vollzeit erwerbstätig	186	34,8	220	31,9	406	33,1		
Teilzeit erwerbstätig	24	4,5	26	3,8	50	4,1		
arbeitssuchend	223	41,7	285	41,3	508	41,5		
Sonstiges	26	4,9	37	5,4	63	5,1		
Gruppenzugehörigkeit							0	.59
Kontrollgruppe	303	56,6	380	55,1	683	55,8		
Interventionsgruppe	232	43,4	310	44,9	542	44,2		

	FB t0 _p und t1 _p		Nur FB t0 _p		Gesamt			p ¹
	N	%	N	%	N	%	MV ²	
Aktueller Raucher t0 _p	526	98,3	496	71,9	1.022	83,4	0	<.01
Menge-Frequenz-Index t0 _p	22,8		16,1		19,0		18	<.01
SWE ³ t0 _p	2,5		2,5		2,5		236	.38
TTM ⁴ t0 _p	1,6		2,2		1,9		124	<.01
Wollensrating t0 _p	3,0		2,9		3,0		214	.71
Soziale Unterstützung t0 _p	3,8		3,7		3,7		38	.40
Fagerström t0 _p	5,0		4,9		5,0		253	.51
DBR ⁵ t0 _p	0,2		0,4		0,3		237	.15
RAK ⁶ t0 _p	4,2		4,1		4,1		26	.07

Anmerkung: ¹ Vergleichsanalysen mit gültigen Fällen: Mann-Whitney-U-Tests für kategoriale Variablen und T-Tests für kontinuierliche Variablen.

² MV: Fehlende Werte (Missing Value)

³ SWE: Skala „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“

⁴ TTM: „Aufhörmotivation“ nach „Transtheoretischem Modell“

⁵ DBR: „Entscheidungsbalance“ aus Vorteilen und Nachteilen des Rauchens

⁶ RAK: Rauchbezogene „Klinikatmosphäre“

⁷ p: Patienten

4.2.2 Prätestäquivalenz Patienten

In Tabelle 4.5 sind alle Patienten berücksichtigt, die zum ersten Messzeitpunkt (t0_p) Angaben zu ihrem „MFI“ gemacht haben, auch dann, wenn keine Angaben zum zweiten Messzeitpunkt (t1_p) vorliegen. Signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bei Klinikaufnahme zeigen sich beim Schulabschluss (mehr Volks-/Hauptschüler in der IG), beim „Rauchstatus“ (höherer Raucheranteil in der KG), beim „Wollensrating“ (in der KG höher) und auf der Skala „Klinikatmosphäre“ (in der IG höher).

Tabelle 4.5: Deskriptive Darstellung der Prätestäquivalenz der Patienten (N=1.225)

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		Gesamt			p ¹
	N	%	N	%	N	%	MV ²	
N	542	44,2	683	55,8	1.225		0	
Alter (Jahre)		43,4		43,1		43,3	0	.57
Geschlecht							11	.94
	weiblich	129	23,8	165	24,2	294	24,0	
	männlich	406	74,9	514	75,3	920	75,1	
Familienstand							6	.27
	alleinlebend	299	55,2	402	58,9	701	57,2	
	mit Partner	238	43,9	280	41,0	518	42,3	

	Interventions- gruppe		Kontroll- gruppe		Gesamt		MV ²	p ¹
	N	%	N	%	N	%		
Schulabschluss							26	<.01
Kein Abschluss	55	10,1	69	10,1	124	10,1		
Volks-/Hauptschule	182	33,6	310	45,4	492	40,2		
Mittlere Reife/POS	206	38,0	196	28,7	402	32,8		
Fachabitur/Abitur	85	15,7	96	14,1	181	14,8		
Erwerbstätigkeit							24	.25
nicht erwerbstätig	90	16,6	84	12,3	174	14,2		
Vollzeit erwerbstätig	173	31,9	233	34,1	406	33,1		
Teilzeit erwerbstätig	17	3,1	33	4,8	50	4,1		
arbeitssuchend	228	42,1	280	41,0	508	41,5		
Sonstiges	24	4,4	39	5,7	63	5,1		
Aktueller Raucher t0 _p	439	81,0	583	85,5	1.022	83,4	0	.04
Menge-Frequenz-Index t0 _p	18,1		19,8		19,0		18	.23
SWE ³ t0 _p	2,4		2,5		2,5		236	.14
TTM ⁴ t0 _p	2,0		1,9		1,9		124	.31
Wollensrating t0 _p	2,8		3,1		3,0		214	<.01
Soziale Unterstützung t0 _p	3,8		3,7		3,7		38	.37
Fagerström t0 _p	4,9		5,0		5,0		253	.49
DBR ⁵ t0 _p	0,4		0,2		0,3		237	.14
RAK ⁶ t0 _p	4,2		4,0		4,1		26	<.01

Anmerkung: ¹ Vergleichsanalysen mit gültigen Fällen: Mann-Whitney-U-Tests für kategoriale Variablen und T-Tests für kontinuierliche Variablen.

² MV: Fehlende Werte (Missing Value)

³ SWE: Skala „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“

⁴ TTM: „Aufhörmotivation“ nach „Transtheoretischem Modell“

⁵ DBR: „Entscheidungsbalance“ aus Vorteilen und Nachteilen des Rauchens

⁶ RAK: Rauchbezogene „Klinikatmosphäre“

⁷ _p: Patienten

In Tabelle 4.6 sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt, d.h. nur die Patienten, die zu beiden Messzeitpunkten Angaben zu ihrem Rauchverhalten gemacht haben. Kontroll- und Interventionsgruppe unterscheiden sich nur beim Schulabschluss (mehr Volks-/Hauptschüler in der KG).

Tabelle 4.6: Deskriptive Darstellung der Prättestäquivalenz der Patienten (N=535)¹

	Interventions- gruppe		Kontroll- gruppe		Gesamt		p ²
	N	%	N	%	N	% MV ³	
N	232	43,4	303	56,6	535	0	
Alter (Jahre)	43,5		43,2		43,4		0 .72
Geschlecht							2 .43
weiblich	61	26,3	70	23,1	131	24,5	
männlich	170	73,3	232	76,6	402	75,1	
Familienstand							2 .77
alleinlebend	120	51,7	174	57,4	294	55,0	
mit Partner	111	47,8	128	42,2	239	44,7	
Schulabschluss							15 <.01
kein	19	8,2	27	8,9	46	8,6	
Volks-/Hauptschule	72	31,0	146	48,2	218	40,7	
Mittlere Reife/POS	93	40,1	87	28,7	180	33,6	
Fachabitur/Abitur	38	16,4	39	12,9	77	14,4	
Erwerbstätigkeit							9 .63
nicht erwerbstätig	33	14,2	34	11,2	67	12,5	
Vollzeit erwerbstätig	72	31,0	114	37,6	186	34,8	
Teilzeit erwerbstätig	8	3,4	16	5,3	24	4,5	
arbeitssuchend	106	45,7	117	38,6	223	41,7	
Sonstiges	10	4,3	16	5,3	26	4,9	
Aktueller Raucher t0 _p	228	98,3	298	98,3	526	98,3	0 .42
Aktueller Raucher t1 _p	216	93,1	288	95,0	504	94,2	0 .34
Menge-Frequenz-Index t0 _p	22,2		23,2		22,8		0 .37
Menge-Frequenz-Index t1 _p	17,0		18,2		17,7		0 .11
SWE ⁴ t0 _p	2,4		2,5		2,5		21 .63
SWE ⁴ t1 _p	2,5		2,5		2,5		23 .85
TTM ⁵ t0 _p	1,6		1,6		1,6		15 .76
TTM ⁵ t1 _p	1,6		1,5		1,6		3 .46
Wollensrating t0 _p	2,9		3,1		3,0		15 .16
Wollensrating t1 _p	2,7		2,9		2,8		2 .31
Soziale Unterstützung t0 _p	3,8		3,7		3,8		11 .50
Fagerström t0 _p	5,0		5,0		5,0		32 .67
DBR ⁶ t0 _p	0,4		0,2		0,2		23 .10
DBR ⁶ t1 _p	0,3		0,1		0,2		21 .14
RAK ⁷ t0 _p	4,2		4,1		4,2		5 .26
RAK ⁷ t1 _p	4,1		4,0		4,1		9 .15

Anmerkung: ¹ In dieser Tabelle sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

² Vergleichsanalysen mit gültigen Fällen: Mann-Whitney-U-Tests für kategoriale Variablen und T-Tests für kontinuierliche Variablen.

³ MV: Fehlende Werte (Missing Value)

⁴ SWE: Skala „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“

⁵ TTM: „Aufhörmotivation“ nach „Transtheoretischem Modell“

⁶ DBR: „Entscheidungsbalance“ aus Vorteilen und Nachteilen des Rauchens

⁷ RAK: Rauchbezogene „Klinikatmosphäre“

⁸ p: Patienten

4.2.3 Deskriptive Darstellung der rauchbezogenen Variablen

Wie in Tabelle 4.6 sind auch in Tabelle 4.7 nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Mit Ausnahme der Skala zur „Klinikatmosphäre“ zu t_{1p} weichen alle Skalen signifikant von der Normalverteilung ab. Aufgrund der großen Stichprobe können aber trotzdem parametrische Testverfahren verwendet werden (Bortz, 2005).

Tabelle 4.7: Deskriptive Darstellung der rauchbezogenen Variablen der Patienten (N=535)¹

	M	SD	Schiefe	Exzess	N	MV³	p²
MFI ⁴ t0 _p	22,8	11,3	0,9	1,4	535	0	<.01
MFI ⁴ t1 _p	17,7	9,0	0,4	0,9	535	0	<.01
ΔMFI ⁴ (t1 _p -t0 _p)	-5,0	9,2	-1,2	3,3	535	0	<.01
SWE ⁵ t0 _p	2,5	1,0	0,4	-0,4	514	21	.01
SWE ⁵ t1 _p	2,5	1,1	0,5	-0,3	512	23	.01
ΔSWE ⁵ (t1 _p -t0 _p)	0,1	1,1	0,2	2,2	498	37	<.01
TTM ⁶ t0 _p	1,6	0,9	1,2	1,2	520	15	<.01
TTM ⁶ t1 _p	1,6	0,9	1,7	2,3	532	3	<.01
ΔTTM ⁶ (t1 _p -t0 _p)	-0,1	0,8	-0,2	4,0	518	17	<.01
Wollensrating t0 _p	3,0	1,6	0,4	-1,1	520	15	<.01
Wollensrating t1 _p	2,8	1,7	0,5	-1,0	533	2	<.01
ΔWollensrating (t1 _p -t0 _p)	-0,2	1,4	0,1	1,9	520	15	<.01
Soziale Unterstützung t0 _p	3,8	0,7	-0,8	0,8	524	11	<.01
Fagerström t0 _p	5,0	1,4	0,3	-0,3	504	31	<.01
DBR ⁷ t0 _p	0,2	1,4	0,1	0,2	512	23	<.01
DBR ⁷ t1 _p	0,2	1,4	0,3	0,2	514	21	<.01
ΔDBR ⁷ (t1 _p -t0 _p)	0,0	1,3	-0,1	1,3	496	39	<.01
RAK ⁸ t0 _p	4,2	0,8	0,1	-0,5	530	5	<.01
RAK ⁸ t1 _p	4,1	0,9	0,0	-0,2	526	9	.25
ΔRAK ⁸ (t1 _p -t0 _p)	-0,1	0,9	-0,4	1,9	522	13	.01

Anmerkung: ¹ In dieser Tabelle sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

² Überprüfung der Normalverteilung durch Kolmogorov-Smirnov-Test

³ MV: Fehlende Werte (Missing Value)

⁴ MFI: „Menge-Frequenz-Index“

⁵ SWE: Skala „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“

⁶ TTM: „Aufhörmotivation“ nach „Transtheoretischem Modell“

⁷ DBR: „Entscheidungsbalance“ aus Vorteilen und Nachteilen des Rauchens

⁸ RAK: Rauchbezogene „Klinikatmosphäre“

⁹ p: Patienten

4.3 Überprüfung der Hypothesen

4.3.1 Validierung der „Tabakpolitik“-Skala

Retestreliaibilität, interne Konsistenz und Interitemkorrelation

Zur Überprüfung von Hypothese 1.1 („Durch hohe Retestreliaibilität, interne Konsistenz und Interitemkorrelation wird gezeigt, dass die Skala „Tabakpolitik“ fundamentale testtheoretische Gütekriterien erfüllt.“) wurden die Retestreliaibilität, die interne Konsistenz und die Interitemkorrelation berechnet. Die Retestreliaibilität ist sowohl für die Gesamtskala ($r=.46$) als auch für die Subskalen ($r=.33 - r=.61$) akzeptabel (siehe Tabelle 4.8). Die interne Konsistenz des Gesamtwertes der „Tabakpolitik“ beträgt $\alpha=.66$ (zu t_{0_M}) sowie $\alpha=.80$ (zu t_{1_M}) und ist somit eher gering. Die mittlere Interitemkorrelation beträgt $r=.23$ (zu t_{0_M}) bzw. $r=.36$ (zu t_{1_M}) und liegt damit also im Toleranzbereich. Die Präzision von Cronbachs α fällt zu beiden Messzeitpunkten unbefriedigend aus ($P\alpha t_{0_M}=.11$; $P\alpha t_{1_M}=.13$). Die testtheoretische Güte der Skala aufgrund der Ergebnisse der Berechnungen der Retestreliaibilität, der internen Konsistenz und der Interitemkorrelationen ist akzeptabel, womit Hypothese 1.1 beibehalten werden kann. Weitere Analysen zur Homogenität der Skala „Tabakpolitik“ folgen im nächsten Abschnitt.

Tabelle 4.8: Retestreliaibilität der „Tabakpolitik“-Skala und deren Subskalen (N=38 Kliniken)

	Regeln t_{1_M}	Kons t_{1_M}	TE t_{1_M}	Erf t_{1_M}	Kom t_{1_M}	NRS t_{1_M}	Enga t_{1_M}	TKP t_{1_M}
Regeln t_{0_M}	.60**							
Konsequenzen t_{0_M}		.61**						
Tabakentwöhnung t_{0_M}			.49**					
Erfassung t_{0_M}				.42**				
Kompetenz t_{0_M}					.39*			
Nichtraucher-schutz t_{0_M}						.33*		
Engagement t_{0_M}							.43**	
Tabakpolitik gesamt t_{0_M}								.46**

Anmerkung: Bivariate Punkt-Moment-Korrelationen nach Pearson. *: $p < .05$; **: $p < .01$
 t_{0_M} : Mitarbeiter

Faktorenanalyse

Zur Überprüfung von Hypothese 1.2 („Durch Berechnungen der internen Konsistenz, der Interitemkorrelationen und einer explorativen Faktorenanalyse der sieben Subskalen lassen sich Homogenität und Dimensionalität der „Tabakpolitik“-Skala abbilden.“) wurde neben der internen Konsistenz und der Interitemkorrelation auch eine explorative Faktorenanalyse berechnet. Die explorative Faktorenanalyse aller sieben Subskalen der „Tabakpolitik“ ergab

zwei Faktoren, auf die zu beiden Messzeitpunkten jeweils dieselben Subskalen laden. Die Faktorladungen auf Faktor 2 sind für alle drei Subskalen („Regelwerk“, „Konsequenzen“, „Nichtraucherschutz“) zu t_{1M} höher als zu t_{0M} . Auf Faktor 1 sind die Ladungen von t_{0M} zu t_{1M} für die Subskalen „Tabakentwöhnung“ und „Kompetenz“ gestiegen, für „Engagement“ gleich geblieben und für „Erfassung“ gesunken (Tabelle 4.9). Die rechnerisch plausiblen Faktoren lassen sich auch inhaltlich sehr gut als „unterstützende Maßnahmen“ (Faktor 1: „Kompetenz“, „Engagement“, „Tabakentwöhnung“ und „Erfassung“) und „strukturelle Maßnahmen“ (Faktor 2: „Konsequenzen“, „Regelwerk“ und „Nichtraucherschutz“) interpretieren und werden später als Prädiktoren in die Analysen einbezogen. Hypothese 1.2 kann somit beibehalten werden.

Tabelle 4.9: Faktorladungen aus explorativer Faktorenanalyse der „Tabakpolitik“-Subskalen ($N_{t_0}=40$; $N_{t_1}=38$)

	t_{0M}		t_{1M}	
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 1	Faktor 2
Kompetenz	0,87	-0,25	0,93	0,10
Engagement	0,81	0,22	0,81	0,28
Tabakentwöhnung	0,61	0,20	0,85	0,06
Erfassung	0,55	0,49	0,49	0,41
Konsequenzen	-0,04	0,76	0,13	0,80
Regelwerk	0,07	0,71	0,10	0,78
Nichtraucherschutz	0,27	0,45	0,18	0,73

Anmerkung: Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Maximale Varianzaufklärung mit Kaiser-Normalisierung.
 M : Mitarbeiter

Konvergente Validität der „Tabakpolitik“

Zur Überprüfung von Hypothese 1.3 („Hohe Korrelationen zwischen der „Tabakpolitik“-Skala und den Skalen zur Einschätzung der „Klinikatmosphäre“ (aus Mitarbeiterperspektive und aus Patientenperspektive) belegen die konvergente Validität der „Tabakpolitik“-Skala.“) wurden bivariate Korrelationen zwischen der Gesamtskala „Tabakpolitik“ (TKP (gesamt)) und den Skalen zu „Klinikatmosphäre“ (RAK) aus Mitarbeiter- und Patientensicht jeweils zu beiden Messzeitpunkten berechnet. Die Korrelationskoeffizienten sind in Tabelle 4.10 dargestellt. Es zeigen sich signifikante Korrelationen zwischen den Bewertungen der „Klinikatmosphäre“ durch die Mitarbeiter und der „Tabakpolitik“ zu t_{0M} ($r=.41^{**}$) und zu t_{1M} ($r=.41^*$). Die Einschätzungen der Patienten zur „Klinikatmosphäre“ korrelieren dagegen zu beiden Messzeitpunkten kaum mit der „Tabakpolitik“-Skala ($r=.07$ bzw. $r=.08$). Auch die Korrelationskoeffizienten zwischen der Mitarbeiter- und Patienteneinschätzung zur „Klinikatmosphäre“ sind zu beiden Messzeitpunkten nicht signifikant. Hypothese 1.3 kann daher nur teilweise beibehalten werden.

Tabelle 4.10: Korrelationskoeffizienten „Tabakpolitik“ und „Klinikatmosphäre“
($N_{t_0} = 40$; $N_{t_1} = 38$)

	RAK (Pat) ¹ t0 _p		RAK (Pat) ¹ t1 _p		TKP ² t0 _M		TKP ² t1 _M	
	r	N	r	N	r	N	r	N
Klinikatmosphäre t0 _M (Mitarbeiter)	.02	36			.41**	40		
Klinikatmosphäre t1 _M (Mitarbeiter)			.19	36			.41*	38
Klinikatmosphäre t0 _p (Patienten)					.07	36		
Klinikatmosphäre t1 _p (Patienten)							.08	36

Anmerkung: Bivariate Punkt-Moment-Korrelationen nach Pearson. *: $p < .05$; **: $p < .01$

¹RAK (Pat): Rauchbezogene „Klinikatmosphäre“ aus Patientensicht

²TKP: Gesamtskala „Tabakpolitik“

³_M: Mitarbeiter; _p: Patienten

4.3.2 Abstinenz

Der Anteil der aktuellen Nichtraucher ist in Kontroll- und Interventionsgruppe sowie in der Gesamtstichprobe von t0_p zu t1_p jeweils signifikant gestiegen (Abbildung 4.1). Die Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe sind zu beiden Messzeitpunkten statistisch nicht bedeutsam (siehe auch Tabelle 4.5). In der Kontrollgruppe ist die Zahl der Nichtraucher von 5 zu t0_p auf 15 zu t1_p und in der Interventionsgruppe von 4 zu t0_p auf 16 zu t1_p gestiegen (Gesamtstichprobe: Von 9 zu t0_p auf 31 zu t1_p). Die Zahl der neuen Nichtraucher zu t1_p ist bei der „Last observation carried forward“-Methode (LOCF) natürlich identisch, die Zeiteffekte sind ebenfalls in der KG ($p < .05$), in der IG ($p < .01$) und insgesamt ($p < .01$) signifikant. Hypothese 2.1 („Die Zahl der Nichtraucher unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.“) kann somit sowohl für den vollständigen Datensatz als auch für die Stichprobe nach der LOCF beibehalten werden. Hypothese 4.1 („In Kliniken der Interventionsgruppe steigt die Anzahl der tabakabstinenten Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant stärker als in Kliniken aus der Kontrollgruppe.“) muss für beide Datensätze verworfen werden.

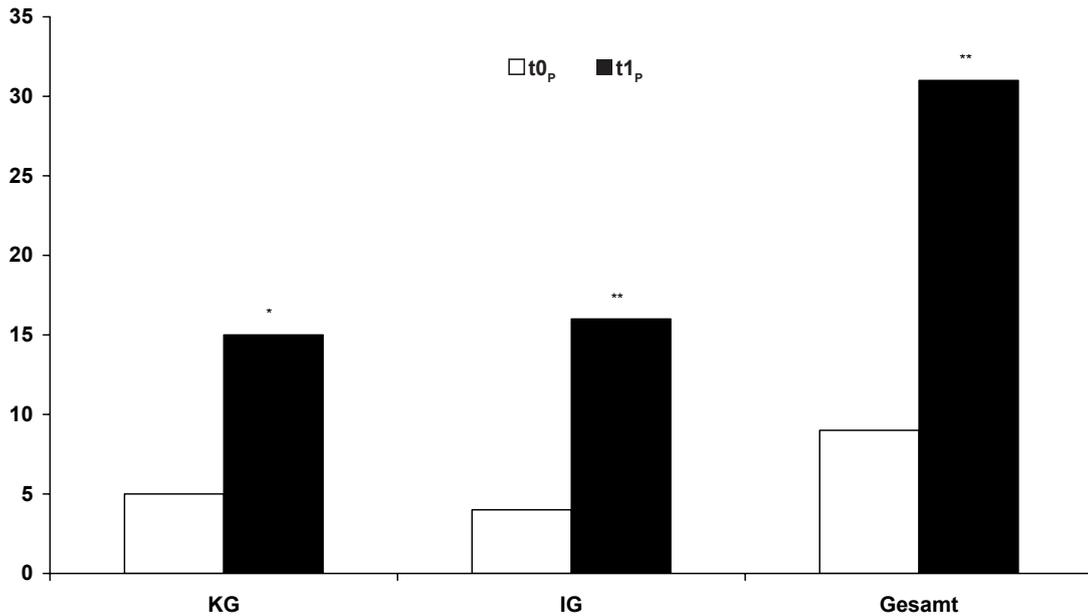


Abbildung 4.1: Summe der Nichtraucher unter den Patienten (N=535)¹

Anmerkung: ¹ In dieser Abbildung sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

² KG: Kontrollgruppe; IG: Interventionsgruppe

³ Die Gruppenunterschiede wurden mit Mann-Whitney-U-Tests, die Zeiteffekte mit Wilcoxon-Tests überprüft. *: $p < .05$; **: $p < .01$

⁴ p: Patienten

4.3.3 „Menge-Frequenz-Index“ (MFI)

In Abbildung 4.2 sind die Menge-Frequenz-Indices (MFI) zur durchschnittlichen Zahl der täglich pro Patient gerauchten Zigaretten für Interventions- und Kontrollgruppe dargestellt. Die Mittelwertsunterschiede wurden mit t-Tests überprüft. Für beide Gruppen zeigen sich statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen t_{0p} und t_{1p}. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind dagegen zu beiden Messzeitpunkten nicht signifikant. Der „MFI“ ist insgesamt von 19,0 auf 16,8 (-2,2), in der Kontrollgruppe von 19,8 auf 17,6 (-2,2) und in der Interventionsgruppe von 18,1 auf 15,9 (-2,3) gesunken.

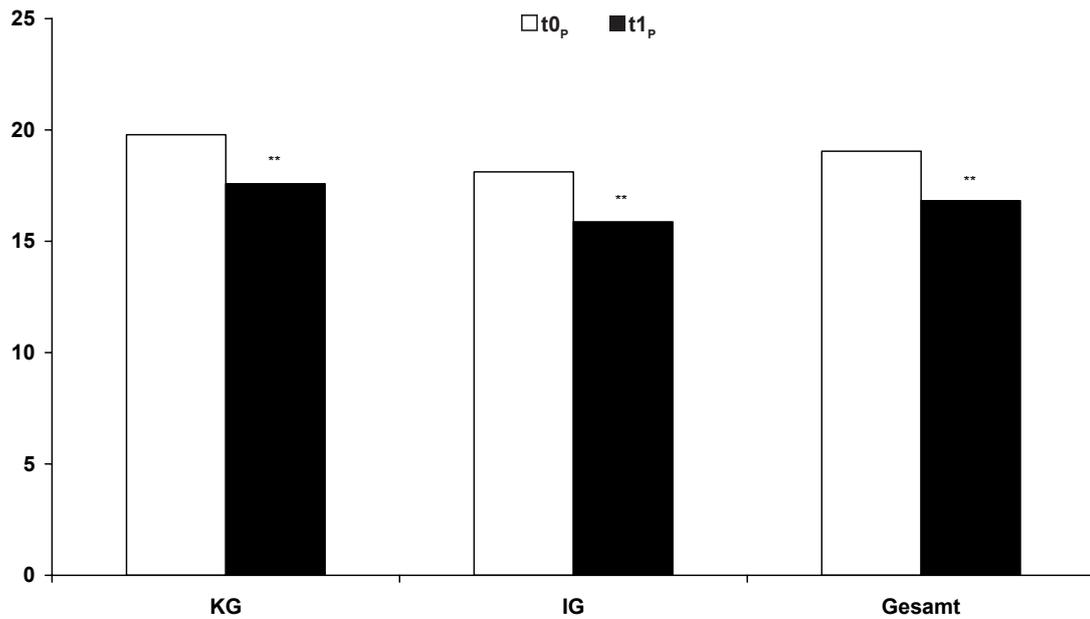


Abbildung 4.2: Mittelwerte der „Menge-Frequenz-Indices“ der Patienten (N=1.225)¹

Anmerkung: ¹ Non-Responder zu t1_p wurden wie zu t0_p gewertet, d.h. es wurde jeweils angenommen, dass sich der Menge-Frequenz nicht verändert hat (LOCF). Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

² KG: Kontrollgruppe; IG: Interventionsgruppe

³ Die Zeiteffekte wurden mit T-Tests überprüft. **: $p < .01$

⁴ p: Patienten

Abbildung 4.3 ist äquivalent zu Abbildung 4.2, allerdings wurden nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind zu beiden Messzeitpunkten nicht signifikant, die Zeiteffekte sind dagegen in beiden Gruppen zu beiden Messzeitpunkten statistisch bedeutsam. Der „MFI“ ist insgesamt von 22,8 auf 17,7 (-5,0), in der Kontrollgruppe von 23,2 auf 18,2 (-4,9) und in der Interventionsgruppe von 22,2 auf 17,0 (-5,2) gesunken. Hypothese 2.2 („Die Zahl der täglich von einem Patienten gerauchten Zigaretten sinkt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.“) kann somit sowohl für den vollständigen Datensatz als auch für die Stichprobe nach der LOCF-Methode beibehalten werden. Hypothese 4.2 („In Kliniken der Interventionsgruppe sinkt unter den Patienten der „MFI“ zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.“) muss für beide Datensätze verworfen werden.

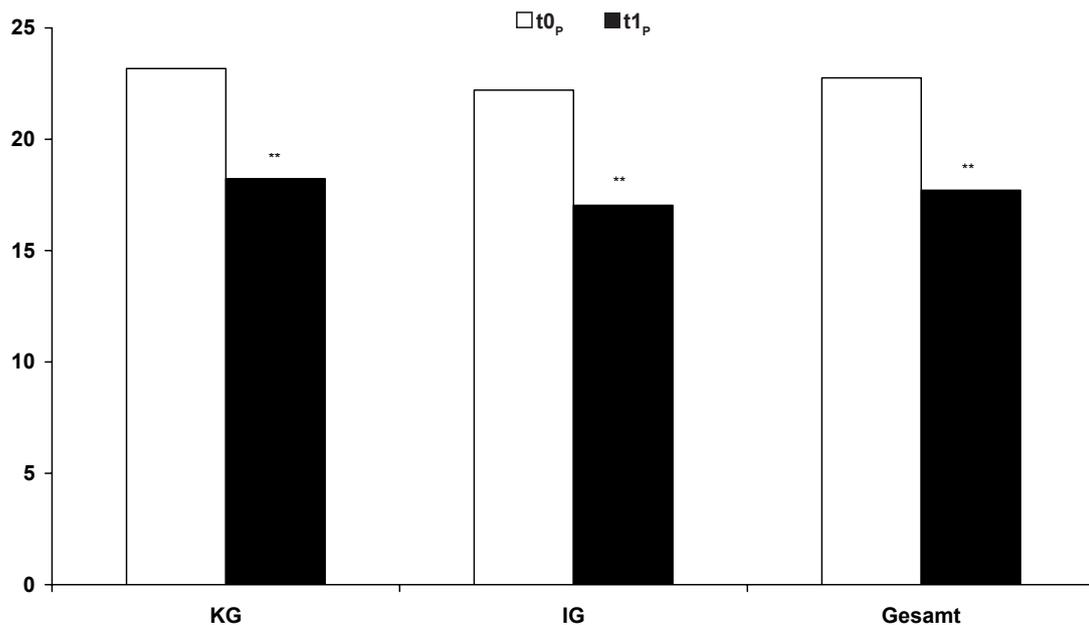


Abbildung 4.3: Mittelwerte der „Menge-Frequenz-Indices“ der Patienten (N=535)¹

Anmerkung: ¹ In dieser Abbildung sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

² KG: Kontrollgruppe; IG: Interventionsgruppe

³ Die Zeiteffekte wurden mit T-Tests überprüft. **: $p < .01$

⁴ p: Patienten

4.3.4 „Transtheoretisches Modell“ (TTM)

In Abbildung 4.4 sind die Mittelwerte der Patienten auf der Skala „Aufhörmotivation“ (TTM) für die Stichprobe der vollständigen Datensätze dargestellt. Die Mittelwertsunterschiede wurden mit t-Tests überprüft. Zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe gibt es zu beiden Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede. In der Kontrollgruppe ist der Rückgang von t0_p ($M=1,62$) zu t1_p ($M=1,52$) statistisch bedeutsam ($p < .05$). Die Veränderung von t0_p ($M=1,64$) zu t1_p ($M=1,60$) ist dagegen in der Interventionsgruppe nicht signifikant. Die Ergebnisse nach der LOCF-Methode unterscheiden sich aufgrund der nur leicht höheren Stichprobe (N=528 vs. N=518) nur minimal von den oben dargestellten. Aufgrund des Rückgangs der Mittelwerte auf der „TTM“-Skala in beiden Gruppen, muss Hypothese 3.1 („Die „Aufhörmotivation“ unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.“) verworfen werden. Da außerdem zu beiden Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe vorliegen, muss auch Hypothese 5.1 („Die „Aufhörmotivation“ steigt bei rauchenden Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe zwischen der Aufnahme in die Klinik und der Entlassung aus der Klinik signifikant stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.“) verworfen werden.

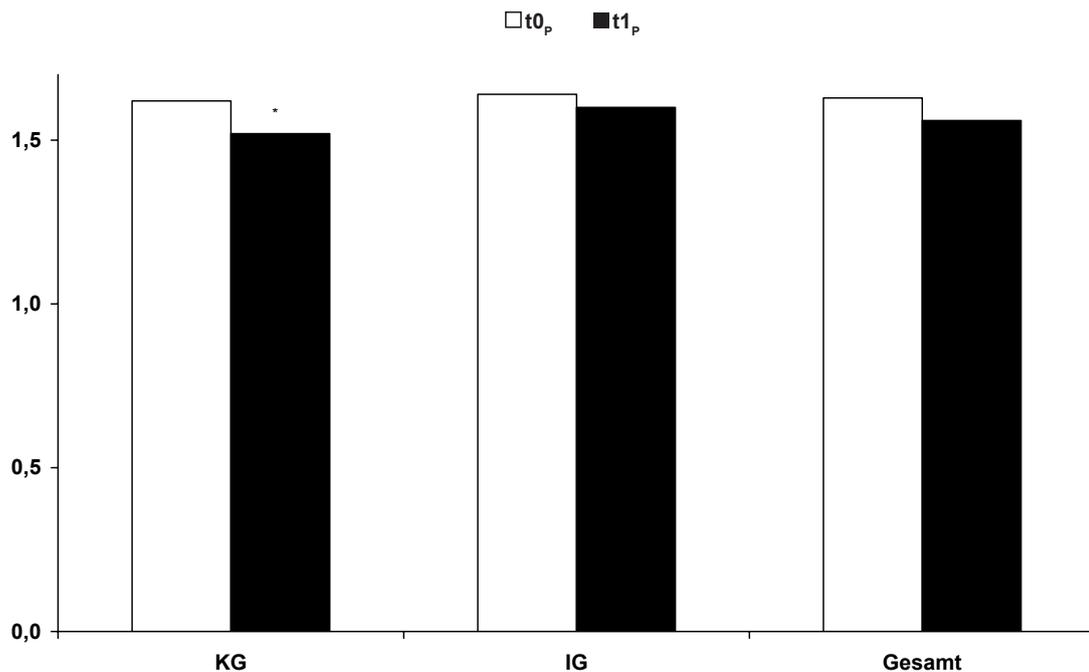


Abbildung 4.4: Mittelwerte der Patienten auf der Skala „Transtheoretisches Modell“ (N=518)¹

Anmerkung: ¹ In dieser Abbildung sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

² KG: Kontrollgruppe; IG: Interventionsgruppe

³ Die Zeiteffekte wurden mit T-Tests überprüft. *: $p < .05$

⁴ _p: Patienten

4.3.5 „Wollensrating“

In Abbildung 4.5 sind die Mittelwerte auf der Skala „Wollensrating“ zu beiden Messzeitpunkten für die Stichprobe der vollständigen Datensätze dargestellt. Es zeigte sich, dass der Mittelwert in der Kontrollgruppe von t0_p ($M=3,07$) zu t1_p ($M=2,88$) signifikant gesunken ist. Die Veränderung in der Interventionsgruppe von t0_p ($M=2,86$) zu t1_p ($M=2,69$) ist dagegen statistisch nicht bedeutsam. Ein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe liegt nur in der LOCF-Stichprobe zu t0_p vor, in der der Mittelwert des „Wollensrating“ in der Kontrollgruppe ($M=3,06$) signifikant höher liegt als in der Interventionsgruppe ($M=2,86$; $p < .05$). Insgesamt unterscheiden sich die Ergebnisse in der LOCF-Stichprobe aufgrund der etwas größeren Stichprobe ($M=531$ vs. $N=520$) minimal von denen aus den vollständigen Datensätzen.

Aufgrund des Rückgangs der Mittelwerte auf der „Wollensrating“-Skala in beiden Gruppen, muss Hypothese 3.2 („Das „Wollensrating“ unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.“) verworfen werden. Da außerdem zu beiden Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe vorliegen, muss auch Hypothese 5.2 („Das „Wollensrating“ verstärkt sich bei Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe zwischen der Aufnahme in die Klinik und der Entlassung aus der Klinik mehr als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.“) verworfen werden.

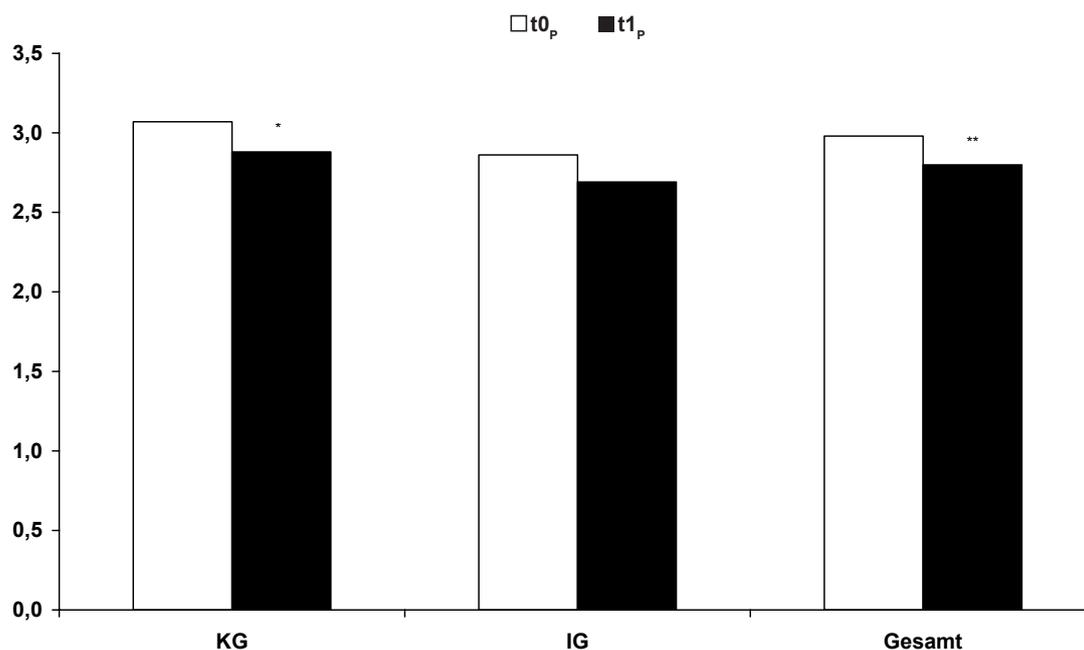


Abbildung 4.5: Mittelwerte der Patienten auf der Skala „Wollensrating“ (N=520)¹

Anmerkung: ¹In dieser Abbildung sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

²KG: Kontrollgruppe; IG: Interventionsgruppe

³Die Zeiteffekte wurden mit T-Tests überprüft. *: $p < .05$; **: $p < .01$

⁴_p: Patienten

4.3.6 „Rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE)

Die Mittelwerte der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“ zu t_{0p} und t_{1p} für die Stichprobe der vollständigen Datensätze sind in Abbildung 4.6 dargestellt. Der Anstieg von t_{0p} zu t_{1p} ist weder in der Kontrollgruppe ($M_{t_0} = 2,45$; $M_{t_1} = 2,51$), in der Interventionsgruppe ($M_{t_0} = 2,41$; $M_{t_1} = 2,49$) noch insgesamt ($M_{t_0} = 2,44$; $M_{t_1} = 2,51$) statistisch bedeutsam. Die Ergebnisse in der LOCF-Stichprobe unterscheiden sich aufgrund der etwas größeren Stichprobe (N=509 vs. N=498) minimal von denen aus den vollständigen Datensätzen. Weil weder signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe noch statistisch bedeutsame Zeiteffekte vorliegen, müssen die Hypothesen 3.3 („Die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.“) und 5.3 („Die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ steigt bei Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe zwischen der Aufnahme in die Klinik und der Entlassung aus der Klinik stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.“) verworfen werden.

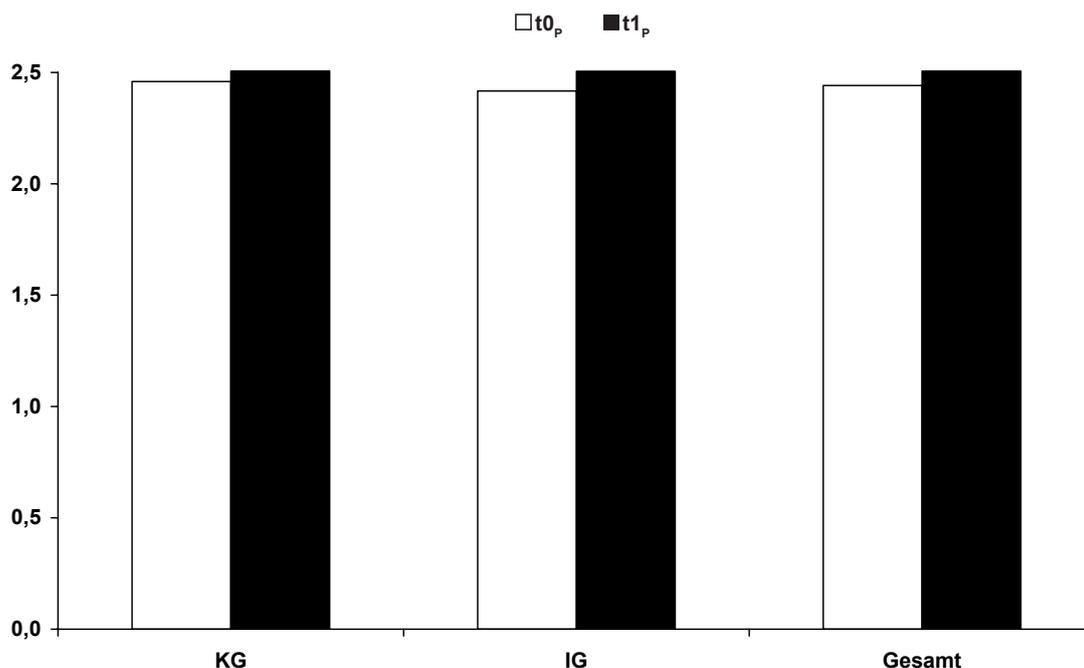


Abbildung 4.6: Mittelwerte der Patienten auf Skala „Selbstwirksamkeitserwartung“ (N=498)¹

Anmerkung: ¹In dieser Abbildung sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

²KG: Kontrollgruppe; IG: Interventionsgruppe

³Die Zeiteffekte wurden mit T-Tests überprüft. *: $p < .05$; **: $p < .01$

⁴_p: Patienten

4.3.7 Prädiktion der Veränderung des Rauchverhaltens der „Aufhörtmotivation“ und der „Selbstwirksamkeitserwartung“

Abstinenz

In Tabelle 4.11 sind die signifikanten Prädiktoren „Wollensrating“ zu t1_p und „ΔErfassung“ (t1_M-t0_M) für das Kriterium „Quit“¹⁶ dargestellt, die gemeinsam 37% der Varianz aufklären. Die Clusterrandomisierung (siehe Kapitel 3.6) beeinflusst die Ergebnisse dieses Modells nicht.

Tabelle 4.11: Signifikante Prädiktoren des Kriteriums „Quit“¹⁶ (N=1.225)²

Prädiktor	OR ¹⁷	CI	p	Pseudo-R ²	N
Wollensrating t1 _p	4.13	2.06-8.27	<.01	.37	460
ΔErfassung (t1 _M -t0 _M)	0.95	0.90-0.99	.04		

Anmerkung: ¹Logistische Regression. Kriterium: „Quit“.

²Non-Responder zu t1_p wurden wie zu t0_p gewertet, d.h. es wurde jeweils angenommen, dass sich der „Menge-Frequenz-Index“ nicht verändert hat (LOCF). Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

³_M: Mitarbeiter; _p: Patienten

¹⁶ „Quit“ sind neue Nichtraucher, also Personen, die zu t0_p Raucher und zu t1_p Nichtraucher waren.

¹⁷ Odds und Odds Ratio sind eine Möglichkeit, Anteilswerte in Kreuztabellen auszudrücken und zu vergleichen. Man kann „Odds“ mit „Chancen“ und „Odds Ratio“ mit „relative Chancen“ übersetzen. Die Odds Ratio (OR) ist ein Maß für die Stärke des Unterschieds zwischen zwei Gruppen. Sie setzt die Odds der beiden Gruppen zueinander ins Verhältnis und kann daher als Zusammenhangsmaß aufgefasst werden. Eine OR von 1 bedeutet, dass es keinen Unterschied in den Odds gibt, ist die OR > 1, sind die Odds der ersten Gruppe größer, ist OR < 1, sind sie kleiner als die der Referenzgruppe. Es dient als Maß zur Beurteilung der Modellanpassung (als Ersatz für den Determinationskoeffizienten bei der linearen Regression). Nagelkerkes R² ist definiert als das Verhältnis von R² nach Cox-Snell (1-R²=n-te Wurzel des Quadrates der Likelihoodratio) zu dessen Maximum; der Wertebereich liegt zwischen 0 und 1.

Im vollständigen Datensatz konnte neben den Skalen „Wollensrating“ zu t_{1p} und „ Δ Erfassung ($t_{1M}-t_{0M}$)“ noch „ Δ SWE ($t_{1p}-t_{0p}$)“ als statistisch bedeutsamer Prädiktor von „Quit“ identifiziert werden (Tabelle 4.12). Zusammen klären diese drei Prädiktoren 46% der Varianz auf. Die Clusterrandomisierung (siehe Kapitel 3.6) beeinflusst die Ergebnisse dieses Modells nicht. Da nur die Skala „ Δ Erfassung ($t_{1M}-t_{0M}$)“ einen kleinen prädiktiven Wert auf das Kriterium hat ($OR=0.95$), kann Hypothese 6.1 („Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung des „Rauchstatus“ der Patienten.“) sowohl für den vollständigen Datensatz als auch für die Stichprobe nach der LOCF-Methode nur teilweise beibehalten werden.

Tabelle 4.12: Signifikante Prädiktoren des Kriteriums „Quit“ (N=535)²

Prädiktor	OR ¹⁷	CI	p	Pseudo-R ²	N
Δ SWE ($t_{1p}-t_{0p}$)	2.14	1.29-3.53	<.01		
Wollensrating t_{1p}	3.73	2.10-6.61	<.01	.46	453
Δ Erfassung ($t_{1M}-t_{0M}$)	0.95	0.90-0.99	.04		

Anmerkung: ¹ Logistische Regression. Kriterium: „Quit“.

² In dieser Abbildung sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

³ _M: Mitarbeiter; _p: Patienten

„Menge-Frequenz-Index“

In Tabelle 4.13 sind die statistisch bedeutsamen Prädiktoren für das Kriterium, die Differenz des „Menge-Frequenz-Index“ zwischen t_{1p} und t_{0p} [„ Δ MFI ($t_{1p}-t_{0p}$)“], dargestellt. Es zeigen sich insgesamt sechs signifikante Prädiktoren, von denen die „Fagerström“-Skala (wurde nur zu t_{0p} erhoben) mit 14% Varianzaufklärung der bedeutsamste ist. Die Skala „TTM“ zu t_{1p} klärt weitere 11% der Varianz auf. Von allen Skalen, die die „Tabakpolitik“ repräsentieren (inklusive der Faktoren „strukturelle“ bzw. „unterstützende Maßnahmen“) sind die Subskalen „Konsequenzen“ zu t_{1M} und „ Δ Tabakentwöhnung ($t_{1M}-t_{0M}$)“ die einzigen, die einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung von „ Δ MFI ($t_{1p}-t_{0p}$)“ leisten (je 1%). Gruppenzugehörigkeit und soziodemographische Daten wurden ebenfalls aus den Modellen ausgeschlossen, da sie keine statistisch bedeutsamen Prädiktoren sind. Die Clusterrandomisierung (siehe Kapitel 3.6) beeinflusst die Ergebnisse dieses Modells nicht.

Bei exakt der gleichen Berechnung nach der LOCF-Methode (N=1.225) ergibt sich, von kleinen Unterschieden bei hinteren Nachkommastellen abgesehen, das gleiche Bild. Da nur ein Differenzmaß der „Tabakpolitik“ [„ Δ Tabakentwöhnung ($t_{1M}-t_{0M}$)“] als signifikanter Prädiktor der Veränderung von MFI zwischen den beiden Messzeitpunkten identifiziert werden konnte und dabei nur einen geringen Beitrag zur Varianzaufklärung leistet, kann Hypothese 6.2 („Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung des „MFI“ der Patienten.“) sowohl für den vollständigen Datensatz als auch für die Stichprobe nach der LOCF-Methode nur eingeschränkt beibehalten werden.

Tabelle 4.13: Signifikante Prädiktoren des Kriteriums „ Δ Menge-Frequenz-Index ($t_{1P}-t_{0P}$)“ (N=535)²

Schritt	Prädiktor	B	SE _B	β	adj. R ²
1	Fagerström t _{0P}	-2,43	.29	-.38**	.14
2	Fagerström t _{0P}	-2,68	.27	-.42**	.25
	TTM ³ t _{1P}	-3,54	.45	-.33**	
3	Fagerström t _{0P}	-2,68	.27	-.42**	.26
	TTM ³ t _{1P}	-3,35	.45	-.31**	
	Konsequenzen t _{1M}	-0,09	.03	-.11*	
4	Fagerström t _{0P}	-2,64	.27	-.41**	.27
	TTM ³ t _{1P}	-3,35	.45	-.31**	
	Konsequenzen t _{1M}	-0,09	.03	-.12**	
	Δ Tabakentwöhnung (t _{1M} -t _{0M})	-0,07	.03	-.10*	
5	Fagerström t _{0P}	-2,73	.27	-.42**	.27
	TTM ³ t _{1P}	-3,05	.47	-.29**	
	Konsequenzen t _{1M}	-0,09	.03	-.11**	
	Δ Tabakentwöhnung (t _{1M} -t _{0M})	-0,07	.03	-.11*	
	DBR ⁴ gesamt t _{1P}	0,62	.28	.10*	
6	Fagerström t _{0P}	-2,70	.27	-.42**	.28
	TTM ³ t _{1P}	-2,86	.47	-.27**	
	Konsequenzen t _{1M}	-0,09	.03	-.11**	
	Δ Tabakentwöhnung (t _{1M} -t _{0M})	-0,07	.03	-.10*	
	DBR ⁴ gesamt t _{1P}	0,59	.28	.09*	
	Δ SWE ⁵ t _{1P} -t _{0P}	-0,74	.36	-.09*	

Anmerkung: ¹Schrittweise lineare Regression. Kriterium: „ Δ MFI (t_{1P}-t_{0P})“.

²In dieser Abbildung sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

³TTM: „Aufhörmotivation“ nach „Transtheoretischem Modell“

⁴DBR: „Entscheidungsbalance“ aus Vorteilen und Nachteilen des Rauchens

⁵SWE: Skala „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“

⁶_M: Mitarbeiter; _P: Patienten

*: $p < .05$; **: $p < .01$

„Aufhörmotivation“ und „Selbstwirksamkeitserwartung“

„Transtheoretisches Modell“ (TTM) und „Wollensrating“

Für das Kriterium „TTM“ zu t_{1P} konnten nach Kontrolle von „TTM“ zu t_{0P} (adj. R²=.27) noch zwei Subskalen der „Tabakpolitik“ als signifikante Prädiktoren identifiziert werden. Die Skalen „Konsequenzen“ zu t_{1M} und „Regelwerk“ zu t_{0M} klären in diesem Modell jeweils knapp 1% der Varianz auf. Die Clusterrandomisierung (siehe Kapitel 3.6) beeinflusst die Ergebnisse dieses Modells nicht (Tabelle 4.14).

Bei exakt der gleichen Berechnung nach der LOCF-Methode (N=1.225) ergibt sich, von kleinen Unterschieden bei hinteren Nachkommastellen abgesehen, das gleiche Bild.

Hypothese 6.3 („Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die

Veränderung der „Aufhörmotivation“ der Patienten.“) kann wegen der kleinen Effekte daher sowohl für den vollständigen Datensatz als auch für die Stichprobe nach der LOCF-Methode nur teilweise beibehalten werden.

Die Subskalen, Faktoren und Gesamtwerte der „Tabakpolitik“ sind in beiden Datensätzen (N=535 bzw N=1.225) jeweils keine statistisch bedeutsamen Prädiktoren für das Kriterium „Wollensrating“ zu t_{1p} . Hypothese 6.4 („Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung des „Wollensratings“ der Patienten.“) muss somit verworfen werden.

Tabelle 4.14: Signifikante Prädiktoren des Kriteriums „Transtheoretisches Modell t_{1p} “ (N=518)²

Schritt	Prädiktor	B	SE _B	β	adj. R ²
1	TTM t_{0p}	0,51	.07	.52**	.27
2	TTM t_{0p}	0,50	.04	.51**	.28
	Konsequenzen t_{1M}	0,01	<.01	.10*	
3	TTM t_{0p}	0,50	.04	.50**	.28
	Konsequenzen t_{1M}	0,01	<.01	.10**	
	Regelwerk t_{0M}	-0,01	<.01	-.08*	

Anmerkung: ¹Schrittweise lineare Regression. Kriterium: „ Δ TTM ($t_{1p}-t_{0p}$)“.

²In dieser Abbildung sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.

³_M: Mitarbeiter; _p: Patienten

*: $p < .05$; **: $p < .01$

„Rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE) und „Wollensrating“

Nach Kontrolle der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE) zu t_{0p} (adj. R²=.20) konnten zwei Subskalen der „Tabakpolitik“ als statistisch bedeutsame Prädiktoren für das Kriterium „SWE“ zu t_{1p} identifiziert werden. Die Skala „Konsequenzen“ zu t_{1M} und der Faktor „Strukturelle Maßnahmen“ zu t_{1M} klären in diesem Modell jeweils ungefähr 1% der Varianz auf. (Tabelle 4.14). Die Clusterrandomisierung (siehe Kapitel 3.6) beeinflusst die Ergebnisse dieses Modells nicht.

Bei exakt der gleichen Berechnung nach der LOCF-Methode (N=1.225) ergibt sich, von kleinen Unterschieden bei hinteren Nachkommastellen abgesehen, das gleiche Bild. Hypothese 6.5 („Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“ der Patienten“) kann aufgrund der kleinen Effekte sowohl für den vollständigen Datensatz als auch für die Stichprobe nach der LOCF-Methode nur teilweise beibehalten werden.

Tabelle 4.15: Signifikante Prädiktoren des Kriteriums „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung t1_P“ (N=498)²

Schritt	Prädiktor	B	SE _B	β	adj. R ²
1	SWE t0 _P	0,48	.04	.45**	.20
2	SWE t0 _P	0,47	.04	.44**	.21
	Konsequenzen t1 _M	0,01	<.01	.11**	
3	SWE t0 _P	0,46	.04	.44**	.22
	Konsequenzen t1 _M	0,03	<.01	.26**	
	Strukturelle Maßnahmen t1 _M	-0,18	.07	-.18*	

Anmerkung: ¹Schrittweise lineare Regression. Kriterium: „SWE t1_P“
²In dieser Abbildung sind nur vollständige Datensätze berücksichtigt. Die Zahlen können daher von denen in anderen Darstellungen abweichen.
³_M: Mitarbeiter; _P: Patienten
 *: p<.05; **: p<.01

4.3.8 Zusammenfassung der Hypothesenprüfung

In Tabelle 4.16 sind noch einmal alle Hypothesen sowie die jeweiligen Ergebnisse ihrer Überprüfung zusammengefasst. Die Interpretation der Ergebnisse folgt in Kapitel 5 (Diskussion).

Tabelle 4.16: Zusammenfassung der Hypothesenprüfung

Nr.	Hypothese	Beibehaltung
1.1	Die Skala „Tabakpolitik“ erfüllt die testtheoretischen Gütekriterien, die anhand von Retestrelabilität, interner Konsistenz und Interitemkorrelation überprüft werden.	Ja, die Skala „Tabakpolitik“ hielt den verwendeten testtheoretischen Überprüfungen stand.
1.2	Homogenität und Dimensionalität der „Tabakpolitik“-Skala lassen sich abbilden.	Ja, die „Tabakpolitik“-Skala lässt sich mit Einschränkungen eindimensional sowie zweidimensional mit den Faktoren „unterstützende Maßnahmen“ und „strukturelle Maßnahmen“ abbilden.
1.3	Die konvergente Validität der „Tabakpolitik“-Skala kann anhand der Skala zur „Klinikatmosphäre“ nachgewiesen werden.	Teilweise: Die „Tabakpolitik“-Skala korreliert signifikant mit der „Klinikatmosphäre“ aus Sicht der Mitarbeiter, aber nicht signifikant mit der „Klinikatmosphäre“ aus Sicht der Patienten.
2.1	Die Zahl der Nichtraucher unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.	Ja, die Zahl der Nichtraucher ist signifikant gestiegen.
2.2	Die Zahl der täglich von einem Patienten gerauchten Zigaretten sinkt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.	Ja, die durchschnittlich gerauchte Zahl der Zigaretten pro Patient ist signifikant gesunken.
3.1	Die „Aufhörmotivation“ (TTM) unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.	Nein, insgesamt keine signifikante Veränderung der „Aufhörmotivation“ der Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung. Signifikanter Rückgang der „Aufhörmotivation“ der Patienten aus der Kontrollgruppe.
3.2	Der „Wunsch nicht zu rauchen“ („Wollensrating“ im Sinne von Sciamanna und Kollegen (2000)) unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.	Nein, insgesamt signifikanter Rückgang des „Wunsches nicht zu rauchen“ unter den Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung, ebenso in der Kontrollgruppe. Keine signifikante Veränderung in der Interventionsgruppe.

Nr.	Hypothese	Beibehaltung
3.3	Die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE) unter den Patienten steigt zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik.	Nein, keine signifikante Veränderung der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“ unter den Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung.
4.1	In Kliniken der Interventionsgruppe steigt die Anzahl der tabakabstinenten Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung stärker als in Kliniken aus der Kontrollgruppe.	Nein, keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.
4.2	In Kliniken der Interventionsgruppe sinkt unter den Patienten der „MFI“ zwischen Aufnahme und Entlassung stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.	Nein, keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.
5.1	Die „Aufhörmotivation“ steigt bei rauchenden Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe zwischen der Aufnahme in die Klinik und der Entlassung aus der Klinik stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.	Nein, siehe Hypothese 3.1; keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.
5.2	Der „Wunsch nicht zu rauchen“ verstärkt sich bei Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe zwischen der Aufnahme in die Klinik und der Entlassung aus der Klinik mehr als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.	Nein, siehe Hypothese 3.2; keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.
5.3	Die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ steigt bei Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe zwischen der Aufnahme in die Klinik und der Entlassung aus der Klinik stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe.	Nein, siehe Hypothese 3.3; keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.
6.1	Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung des „Rauchstatus“ der Patienten.	Teilweise: Neben den Skalen „ Δ Selbstwirksamkeitserwartung ($t_{1P}-t_{0P}$)“ und „Wollensrating t_{1P} “ ist auch die Veränderung der Subskala „Erfassung ($t_{1M}-t_{0M}$)“ ein signifikanter Prädiktor für die Veränderung des „Rauchstatus“ der Patienten.
6.2	Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung des „MFI“ der Patienten.	Teilweise: Neben den Skalen „Fagerström t_{0P} “, „TTM t_{1P} “, „DBR t_{1P} “ und „ Δ SWE $t_{1P}-t_{0P}$ “ sind auch die Subskala „Konsequenzen t_{1M} “ und die Veränderung der Subskala „Tabakentwöhnung ($t_{1M}-t_{0M}$)“ signifikante Prädiktoren der Veränderung des MFI der Patienten.
6.3	Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung der „Aufhörmotivation“ der Patienten.	Teilweise: Nach Baselinekontrolle erwiesen sich die Subskalen „Konsequenzen t_{1M} “ und „Regelwerk t_{0M} “ als „signifikante Prädiktoren der „Aufhörmotivation“ der Patienten zur Entlassung („TTM t_{1P} “).
6.4	Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung des „Wollensratings“ der Patienten.	Nein, nach Baselinekontrolle erwiesen sich die Subskalen, Faktoren und Gesamtwerte der „Tabakpolitik“ nicht als signifikante Prädiktoren des „Wollensratings“ der Patienten zur Entlassung.
6.5	Die Skalen zur „Tabakpolitik“ sind signifikante Prädiktoren für die Veränderung der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“ der Patienten.	Teilweise: Nach Baselinekontrolle erwiesen sich die Subskala „Konsequenzen t_{1M} “ und der Faktor „Strukturelle Maßnahmen t_{1M} “ als signifikante Prädiktoren der „Selbstwirksamkeitserwartung“ der Patienten zur Entlassung.

5 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, mithilfe eines randomisierten Treatment-Wartekontrollgruppensdesigns zu untersuchen,

- (1) wie valide die „Tabakpolitik“ mit den verwendeten Instrumenten erfasst wird,
- (2) ob sich das Rauchverhalten (Rauchen vs. Abstinenz und Anzahl der gerauchten Zigaretten) der Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung verändert,
- (3) ob sich die Einstellungen der Patienten zum Aufhören des Rauchens („Aufhörtmotivati-on“, „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“, „Wollensrating“) verändern,
- (4) ob die Intervention¹⁸ einen Einfluss auf das Rauchverhalten hat,
- (5) ob die Intervention einen Einfluss auf die Einstellungen zum Aufhören des Rauchens hat und
- (6) ob die Skalen der „Tabakpolitik“ Veränderungen des Rauchverhaltens und der Einstellungen zum Aufhören vorhersagen können.

Vor der Bewertung der gefundenen Ergebnisse soll zunächst die methodische Qualität der Untersuchung diskutiert werden.

5.1 Methodische Qualität der Studie

Die methodische Qualität der vorliegenden Untersuchung wird anhand der vier von Cook, Campbell und Peracchio (1990) bestimmten Validitätsbereiche - Validität der statistischen Schlussfolgerung, interne Validität, Konstruktvalidität und externe Validität - diskutiert und bewertet.

5.1.1 Validität der statistischen Schlussfolgerung

Die statistische Validität wird danach bewertet, ob die angemessenen Verfahren verwendet wurden, um eine gültige Entscheidung über das zufällige oder nicht zufällige Zustandekommen der Ergebnisse zu treffen.

Für die Verwendung der statistischen Verfahren werden verschiedene Annahmen zu den Skalenniveaus der Variablen und der Unabhängigkeit der Fälle zugrunde gelegt. Daher wurden bei den abhängigen Variablen mit unterschiedlichen Skalenniveaus auch unterschiedliche Regressionsanalyseverfahren verwendet: Für das dichotome Kriterium „Abstinenz“ wurden logistische Regressionen, für die intervall- bzw. ordinalskalierten Kriterien „Menge-Frequenz-Index“ (MFI), „Aufhörtmotivati-on“ (TTM), „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE) und „Wollensrating“ lineare Regressionen berechnet.

Ein Problem in Multicenter-Studien ist die sogenannte Clusterrandomisierung. D.h., dass, bei Studien, die in mehreren Einrichtungen Teilnehmer rekrutieren, die Teilnehmer innerhalb derselben Einrichtung größere Ähnlichkeit aufweisen als im Vergleich zu Teilnehmern aus anderen Einrichtungen (Intraklassenkorrelation). Die Clusterrandomisierung (siehe Kapitel 3.6) beeinflusst die Ergebnisse der Modelle in dieser Untersuchung nicht.

¹⁸ Die in der WIRK-II-Studie durchgeführte (und damit für die vorliegende Arbeit maßgebliche) Intervention fand nur auf Ebene des Klinikpersonals statt und zielte auf eine Beeinflussung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken ab (siehe auch Kapitel 3.4). Bei dieser Intervention handelte es sich also nicht um direkte Rauchentwöhnungsmaßnahmen für die Patienten.

Vor Beginn der gesamten Studie wurde eine Poweranalyse durchgeführt ($1-\beta=0.8$; $\alpha=0.05$), um den optimalen Stichprobenumfang zur Aufdeckung von Effekten zu bestimmen (Bortz & Döring, 2003). Die Stichprobengröße für die auf Korrelationen basierenden Prädiktionsanalysen sollte demnach zur Aufdeckung kleiner Effekte mindestens $N=602$ für vier Prädiktoren, $N=647$ für fünf Prädiktoren und $N=688$ für sechs Prädiktoren betragen. Zur Aufdeckung kleiner Effekte durch Varianzanalysen ist eine Stichprobe von mindestens $N=393$ nötig (siehe auch Donath, 2007). Da von einer üblicherweise hohen Abbruchquote (30%-59%) ausgegangen wurde, wurden insgesamt 40 Suchtrehabilitationskliniken in die Studie eingeschlossen und eine Basis-Stichprobengröße von $N=1.600$ anvisiert, um bei Ausfall von 50% der Patienten eine genügend große Stichprobe zu haben. Tatsächlich beträgt die Stichprobengröße bei der Last observation carried forward - Methode (LOCF) $N=1.225$. Aufgrund von Therapieabbrüchen und fehlenden Angaben betrug die Zahl der vollständigen Datensätze $N=535$, was nach der Post-Hoc-Analyse einer Power von $1-\beta=0,71$ entspricht. Die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse ist dadurch aber kaum eingeschränkt, da die Poweranalyse dazu dienen soll, β -Fehler (Beibehaltung der Nullhypothese, obwohl es wahre Effekte gibt) zu vermeiden und demnach Effekte aufgrund der zu kleinen Stichprobe (im vollständigen Datensatz) eher nicht gefunden oder unterschätzt wurden.

Durch Verwendung von Skalen, die sich bereits in verschiedenen Untersuchungen bewährt haben, wurde die Reliabilität und Validität sichergestellt. Für diese Studie entwickelte Items und Skalen haben eine hohe inhaltliche Validität. Darüber hinaus ist die Überprüfung der Gütekriterien der Skalen zur Messung der „Tabakpolitik“ ein zentraler Bestandteil der vorliegenden Arbeit. Neben der Reliabilität (Retest-Reliabilität, Cronbachs α , Präzision von Cronbachs α , Interitemkorrelation) und Homogenität (Faktorenanalyse) wurde auch die konvergente Validität überprüft. Interessant ist an dieser Stelle, dass die „Tabakpolitik“ zu beiden Messzeitpunkten jeweils mit der Einschätzung der Mitarbeiter zu rauchbezogenen Regeln und zur rauchbezogenen Atmosphäre korreliert ist. Dagegen sind „Tabakpolitik“ und die Einschätzung der Mitarbeiter zu Regeln und Atmosphäre zu beiden Messzeitpunkten nicht mit der Einschätzung der Patienten zu den rauchbezogenen Regeln und zur rauchbezogenen Atmosphäre korreliert. Ganz offensichtlich nehmen die Patienten rauchbezogene Regeln und Atmosphäre anders wahr als die Mitarbeiter. Die fehlenden korrelativen Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Patienten zu Regeln und Atmosphäre auf der einen und „Tabakpolitik“ auf der anderen Seite lässt außerdem vermuten, dass die Patienten die „Tabakpolitik“ in den Kliniken auch anders eingeschätzt hätten als die Mitarbeiter. Daher sollte eine Kreuzvalidierung der Skalen zur „Tabakpolitik“ (Interrater-Reliabilität) Gegenstand anschließender Untersuchungen sein und überprüft werden, ob die Einschätzungen der Mitarbeiter und Patienten konvergieren und somit die „Tabakpolitik“ der Kliniken objektiv erhoben werden kann.

Alle verwendeten Daten basieren auf den Selbstberichten der Mitarbeiter und Patienten, die immer mit Problemen wie Antworttendenzen und sozialer Erwünschtheit verbunden sind, durch die die Objektivität beeinträchtigt wird. Außerdem steht die Genauigkeit der Angaben über eigenes Verhalten in engem Zusammenhang mit der Erinnerung daran (Schwarz, 1999). Eine mögliche subjektive Verfälschung der Antworten lässt sich aufgrund der Untersuchungsmethoden nicht verhindern, da aus logistischen und finanziellen Gründen

objektive Beobachtungen wie Messungen des Kohlenmonoxid-Gehalts in der Ausatemluft oder des Kotiningehalts in Speichel oder Urin (Hughes, Callas & High Dose Study Group, 2003; West, 2005) nicht möglich waren. Davon abgesehen konnten unter anderen Patrick und Kollegen (1994) die allgemein hohe Validität von Selbstaussagen zur Tabakabstinenz zeigen. Zudem hatte ein positiver Rauchstatus keinerlei Sanktionen für die Patienten zur Folge hatte. Da alle Daten auf Selbstberichten basieren, sind alle Messzeitpunkte miteinander vergleichbar. Auch gibt es keinen Grund für die Vermutung, dass Verzerrungen aufgrund von Selbstauskünften in verschiedenen Kliniken oder Gruppen ungleich verteilt sein sollten, weshalb die Reliabilität der Interventionseffekte nicht eingeschränkt sein dürfte. Zur Vermeidung von sozial erwünschtem Antwortverhalten wurden die Fragebögen sowohl für Mitarbeiter als auch für Patienten mithilfe eines Codes anonymisiert, worauf auch speziell alle Teilnehmer hingewiesen wurden.

Zur Gewährleistung einer reliablen Implementierung der Intervention wurden zum einen die strukturellen Maßnahmen anhand eines Leitfadens zur Implementierung einer restriktiven „Tabakpolitik“ und zum anderen die personenzentrierten Maßnahmen anhand zweier manualisierter Gruppenprogramme, die speziell zur Tabakentwöhnung in Suchtrehabilitationskliniken konzipiert wurden, geschult. Weiterhin wurde der Prozess der Implementierung von strukturellen und individuumsbezogenen Maßnahmen über den gesamten Zeitraum begleitet.

Aufgrund aller oben genannter methodischen Vorüberlegungen, Standardisierungen und Berechnungen sind die Interpretationen der Kovariationen zwischen Intervention bzw. Prädiktoren und abhängigen Variablen zulässig.

5.1.2 Interne Validität

Eine Untersuchung ist dann intern valide, wenn die Ergebnisse eindeutig interpretierbar sind. Bei wachsender Zahl plausibler Alternativerklärungen für die Ergebnisse aufgrund nicht kontrollierter Störvariablen sinkt die interne Validität dementsprechend (Bortz, 2005). Um zu gewährleisten, dass die Kovariationen zwischen Intervention/Prädiktoren und abhängigen Variablen zeitlich richtig interpretiert werden können, wurde ein längsschnittliches Design mit Prä- und Posterhebungen gewählt. Das heißt, dass die Intervention bzw. die Prädiktoren, die die abhängigen Variablen beeinflussen, zeitlich vorgelagert sind und dementsprechend interpretiert werden können. Um den Einfluss von nicht kontrollierbaren Störvariablen zu minimieren, wurde die Studie in einem randomisierten Treatment-Wartekontrollgruppendedesign durchgeführt. Die Prätestäquivalenz von Kontroll- und Interventionsgruppe wurde sowohl in der Mitarbeiter- als auch in der Patientenstichprobe überprüft. Signifikante Unterschiede in der Mitarbeiterstichprobe zeigen sich für den Mittelwert der Subskala „Regelwerk“, der in der Kontrollgruppe zu t_{0M} signifikant höher ist als in der Interventionsgruppe. Außerdem sind bei dem Item „Stellung“ in der Klinik mehr Mitarbeiter aus der Kontrollgruppe in der Kategorie „Andere“ (vor allem Verwaltung) zu finden als in der Interventionsgruppe. Bei der Überprüfung der Prätestäquivalenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in der Patientenstichprobe zeigen sich signifikante Unterschiede beim „Schulabschluss“ (mehr Volks-/Hauptschüler in der IG), beim „Rauchstatus“ (höherer Raucheranteil in der KG), beim „Wollensrating“ (in der KG höher) und auf der Skala „Klinikatmosphäre“

(in der IG höher). Die Nicht-Gleichverteilung der Stichprobencharakteristika trotz Randomisierung ist nicht auf eine (ersichtliche) Systematik zurückzuführen und fällt auch nicht zu Ungunsten der Kontrollgruppe aus, sodass eine Verfälschung der Effekte durch unbeabsichtigte Begünstigung der Interventionsgruppe ausgeschlossen werden kann. Außerdem wurde jeweils für die Mitarbeiter- und die Patientenstichprobe eine Dropoutanalyse durchgeführt. Mit Ausnahme der kürzeren „Klinikzugehörigkeit“ (Anzahl der Jahre) der „Dropouts“ liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Mitarbeitern vor, die den Fragebogen nur zu t_{0_M} (Dropouts) sowie denen, die den Fragebogen zu t_{0_M} und t_{1_M} ausgefüllt haben, vor. Der Einfluss der Variable „Klinikzugehörigkeit“ wurde in den Regressionsmodellen kontrolliert, weshalb eine Verfälschung durch die unterschiedlich lange Klinikzugehörigkeit ausgeschlossen werden kann. Bei der Dropoutanalyse in der Patientenstichprobe zeigen sich statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Halte- und Ausfallstichprobe im „Rauchstatus“, „MFI“ und „TTM“. In der Haltestichprobe sind die Raucherquote und der „MFI“ signifikant höher sowie die durchschnittlichen Werte auf der „TTM“-Skala niedriger. Diese Ergebnisse zeigen, dass fast alle Nichtraucher nur den ersten Fragebogen (t_{0_p}) und dann nicht mehr den Fragebogen zur Entlassung aus der Klinik ausgefüllt haben, womit sie als Dropout eingestuft wurden. Dementsprechend liegen in der Ausfallstichprobe die Werte zum Rauchverhalten niedriger und auf der „TTM“-Skala, die direkt mit dem Rauchverhalten korrespondiert (Nichtraucher haben automatisch die höchsten Werte), höher. Deshalb wurden im Sinne einer Sensitivitätsanalyse zwei verschiedene Non-Response-Modelle berechnet, um mögliche Implikationen durch diesen selektiven Ausfall berücksichtigen zu können bzw. auszuschließen, dass vorhandene Effekte übersehen werden. Abschließend wurde bei der Hypothesentestung die Clusterrandomisierung kontrolliert (siehe oben).

All diese Maßnahmen zur Sicherstellung der internen Validität können als ausreichend betrachtet werden, um eine kausale Interpretation der Ergebnisse zu gewährleisten.

5.1.3 Konstruktvalidität

Konstruktvalidität liegt vor, wenn die Messung eines Konstruktes („Tabakpolitik“ sowie Rauchverhalten und darauf bezogene Einstellungen) weder durch systematische Fehler noch durch andere Konstrukte verfälscht ist. Es geht also um die Frage, ob die vorgenommene Operationalisierung angemessen ist, d.h., ob die gewählten Indikatoren und die Intervention tatsächlich die zugrundeliegenden theoretischen Konstrukte, die in dieser Arbeit untersucht wurden, repräsentieren. Zur Sicherstellung der Konstruktvalidität müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Die theoretische und empirische Fundierung sowie die Ausführungsintegrität. Die theoretische und empirische Fundierung wurde ausführlich in Kapitel 1 dargestellt. An dieser Stelle soll aber auch noch die Wahl des Kriteriums „Reduktion des Zigarettenkonsums“ (Δ MFI) diskutiert werden. Die Zigarettenreduktion gilt als klassisches Kriterium in Harm-Reduction-Ansätzen und es stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob die Reduktion alternativ zur Abstinenz als Outcome-Kriterium betrachtet werden darf, da Reduktion für Raucher der vermeintlich leichtere Weg ist als Abstinenz. Da aber bei reduziertem Zigarettenkonsum bzw. kontrolliertem Rauchen eine schadensmindernde Wirkung für diverse tabakassoziierte Erkrankungen im Sinne einer Dosis-Wirkung-Beziehung nachgewiesen werden konnte (Doll et al., 1994, 2006), eine langfristige Aufrechterhaltung mit

ähnlich hohen Erfolgsraten wie beim Kriterium Abstinenz möglich ist (Bollinger et al., 2000; Hughes, 2000; Meyer et al., 2003; Riley et al., 2002) und die Wahrscheinlichkeit von zukünftiger Abstinenz bedeutsam erhöht ist (Farkas et al., 1999; Hughes, Cummings & Hyland, 1999; West et al., 2001), kann Tabakreduktion, zumindest als Zwischenschritt auf dem Weg zur Abstinenz, als sinnvolles und erstrebenswertes Erfolgskriterium bewertet werden. Grundsätzlich sollte Tabakabstinenz immer primäres Ziel von Raucherentwöhnungsmaßnahmen sein und eine Reduktion nur dann von Patienten angestrebt werden, wenn ihm die Abstinenz zum gegenwärtigen Zeitpunkt unter keinen Umständen möglich erscheint. Mit dem (vorläufigen) Ziel Tabakreduktion kann durch die dann niedrigere Zugangsschwelle eine größere Anzahl an geringer motivierten Rauchern erreicht werden. Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass im vorliegenden Fall bei komorbid abhängigen Patienten auch eine Reduktion als Erfolgskriterium sinnvoll und vertretbar erscheint (Donath, 2007).

Zur Sicherstellung der Ausführungsintegrität kamen spezielle Leitfäden und Manuale zum Einsatz, außerdem wurde die Implementierung über den gesamten Zeitraum begleitet (siehe oben). Durch zusätzliche Beobachtung und Aufzeichnung der Maßnahmen in den Kliniken sowie deren Beurteilung durch unabhängige Beobachter wäre eine höhere Objektivität bei der Bewertung der Implementation gewährleistet. Solche Maßnahmen sind für zukünftige Studien erstrebenswert und sollten in den Planungen berücksichtigt werden.

5.1.4 Externe Validität

Eine Untersuchung ist dann extern valide, wenn ihr Ergebnis über die besonderen Bedingungen der Untersuchungssituation und über die untersuchte Stichprobe hinausgehend generalisierbar ist. Mit wachsender Unnatürlichkeit der Untersuchungsbedingungen und abnehmender Repräsentativität der untersuchten Stichprobe sinkt dementsprechend die externe Validität (Bortz, 2005).

Zur Bewertung der Generalisierbarkeit der Ergebnisse lässt sich sagen, dass die 38 Kliniken, die zu beiden Messzeitpunkten an der Untersuchung teilnahmen 15,5% der im Jahre 2006 geschätzten 245 stationären Suchtrehabilitationskliniken in Deutschland repräsentierten (Pfeiffer-Gerschel et al., 2007). Die Stichprobencharakteristika (Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer) der in dieser Studie untersuchten Kliniken entsprechen denen aus der Deutschen Suchthilfestatistik von 2006 (N=157). Das Studiendesign ist quasiexperimentell, weil die Zuweisung in Kontroll- und Interventionsgruppe zwar randomisiert wurde, die Teilnahme der Kliniken aber nicht zufällig war. Da sich die teilnehmenden Kliniken aufgrund von freiwilligen Bewerbungen quasi selbst rekrutierten, kann nicht ausgeschlossen werden, dass eher motivierte, engagierte und möglicherweise finanziell besser situierte Kliniken in die Studie eingeschlossen wurden. Ähnlich verhält es sich mit der Mitarbeiterstichprobe: Die Auswahl der Mitarbeiter aus einer Klinik war nicht zufällig, sondern wurde aus organisatorischen Gründen vom jeweiligen Ansprechpartner der Klinik vorgenommen. Da es sich sowohl beim Ansprechpartner als auch bei den von ihm ausgewählten weiteren Mitarbeitern wohl eher um die motivierten und informierten handelt, ist eine Überschätzung der Kommunikationsgüte möglich, weshalb zumindest Zweifel an der Repräsentativität angebracht sind (Donath, 2007). Die Zuweisung der Patienten in die jeweiligen Kliniken erfolgt nach Kriterien wie Kostenträger, freien Behandlungsplätzen und Wohnort. Außerdem wurde keine

systematische Selektion bei der Rekrutierung der Patienten zu Studienteilnehmern vorgenommen, sondern jeder Patient, der im Untersuchungszeitraum aufgenommen wurde, in die Studie eingeschlossen, weshalb die Repräsentativität der Ergebnisse für die Grundgesamtheit der Patienten in stationären Suchtrehabilitationskliniken angenommen werden kann. Aufgrund der Repräsentativität können diese Ergebnisse auch auf die Grundgesamtheit der Patienten in Suchtrehabilitationskliniken in Deutschland übertragen werden.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Nachdem im vorigen Abschnitt die methodische Qualität der Untersuchung diskutiert wurde, sollen im folgenden Kapitel die Ergebnisse der Hypothesenprüfung kritisch diskutiert werden.

5.2.1 Fragestellung 1: Validierung der „Tabakpolitik“-Skala

Zur Beantwortung der Fragestellung 1 („Lässt sich die Skala „Tabakpolitik“ validieren?“) wurden verschiedene testtheoretische Überprüfungen durchgeführt (Ergebnisse siehe Kapitel 4.3.1). Es zeigte sich, dass der Fragebogen zur Erfassung der „Tabakpolitik“ grundsätzlich die testtheoretischen Anforderungen erfüllt. Die Ergebnisse der Retestreliaabilitätsprüfung zeigen einerseits die Stabilität der Skala (und der Subskalen), andererseits die Sensitivität für die Intervention. Relativ gering ist zu beiden Messzeitpunkten die interne Konsistenz der Gesamtskala. Da die Skala aber die maximale Bandbreite der „Tabakpolitik“ durch möglichst unabhängige Subskalen abbilden soll, darf die interne Konsistenz auch nicht zu hoch sein (Bühner, 2005). Die Überprüfung der Präzision von Cronbachs α fällt zu beiden Messzeitpunkten unbefriedigend aus, was darauf hindeutet, dass die Gesamtskala „Tabakpolitik“ nicht eindimensional ist. Daher wurde eine explorative Faktorenanalyse aller sieben Subskalen durchgeführt, die zwei Faktoren ergab, auf denen zu beiden Messzeitpunkten jeweils dieselben Subskalen laden. Die beiden rechnerisch erzeugten Faktoren lassen sich auch inhaltlich sehr gut als „unterstützende Maßnahmen“ (mit den Subskalen „Tabakentwöhnung“, „Erfassung“, „Kompetenz“ und „Engagement“) sowie „strukturelle Maßnahmen“ (mit den Subskalen „Regelwerk“, „Konsequenzen“ und „Nichtraucherschutz“) interpretieren. Daher wurden in den Regressionsmodellen neben den Subskalen und der Gesamtskala auch die Faktoren „unterstützende Maßnahmen“ und „strukturelle Maßnahmen“ als Prädiktoren einbezogen.

Die konvergente Validität der „Tabakpolitik“-Gesamtskala wurde durch Korrelationen mit der Einschätzung der rauchbezogenen Regeln und der Atmosphäre („Klinikatmosphäre“) durch die Mitarbeiter und die Patienten zu den jeweiligen Messzeitpunkten überprüft. Die Konvergenz zwischen der Einschätzung der „Klinikatmosphäre“ durch die Mitarbeiter und der „Tabakpolitik“ (die ebenfalls von denselben Mitarbeitern eingeschätzt wurde) konnte zu beiden Messzeitpunkten nachgewiesen werden. Interessanterweise gibt es zwischen den Einschätzungen der Mitarbeiter zur „Tabakpolitik“ und zur „Klinikatmosphäre“ auf der einen Seite und zu der Bewertung dieser „Klinikatmosphäre“ durch die Patienten auf der anderen Seite keine statistisch bedeutsamen korrelativen Zusammenhänge. Dies deutet auf eine Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Mitarbeiter und der Patienten zur „Klinikatmosphäre“ hin. Bemerkenswert ist hierbei allerdings, dass die Mittelwerte zur

„Klinikatmosphäre“ in der Patientenstichprobe deutlich höher liegen, was bedeutet, dass sie die Vorkehrungen zur Regelung des Rauchens in den Kliniken als repressiver empfinden als die Mitarbeiter. Dieses Ergebnis ist insofern nachvollziehbar, weil die Raucherquote unter den Patienten deutlich höher liegt als unter den Mitarbeitern und Raucher die ihnen auferlegten Restriktionen unangenehmer empfinden als Nichtraucher. Außerdem ist anzunehmen, dass die Mitarbeiter, die sich an der Implementierung einer restriktiveren „Tabakpolitik“ beteiligen, offener für neue Maßnahmen, die das Nichtrauchen fördern, sind.

5.2.2 Fragestellungen 2 und 4: Veränderung des Rauchverhaltens

Um die Fragestellungen 2 („Verändert sich das Rauchverhalten der Patienten zwischen Klinikaufnahme und Entlassung aus der Klinik?“) und 4 („Hat eine Intervention zur Verbesserung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken einen Effekt auf das Rauchverhalten der Patienten bzw. verbessert sich das Rauchverhalten bei Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe signifikant stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe?“) zu beantworten, wurden die Zahlen der tabakabstinenten Patienten sowie die Menge-Frequenz-Indices der Patienten zu beiden Messzeitpunkten deskriptiv dargestellt und die Zeiteffekte mit T-Tests überprüft (Ergebnisse siehe Kapitel 4.3.2f.).

Es konnte gezeigt werden, dass sich das Rauchverhalten der Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant verbessert hat. Zum einen hat sich die Zahl der Nichtraucher erhöht, zum anderen ist die Zahl der täglich gerauchten Zigaretten pro Patient („MFI“) deutlich gesunken. Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe wurden dagegen nicht gefunden. Die Steigerung der Abstinenzquote um 4,1 Prozentpunkte (LOCF: 1,8) ist zwar statistisch nur ein kleiner Effekt. Da sich das Rauchen als ein schwer zu veränderndes Verhalten erwiesen hat und nur mit kleinen Effekten zu rechnen ist (Fiore et al., 2000), ist es dennoch ein Erfolg, der klinisch bedeutsam ist.

Die Reduktion des „Menge-Frequenz-Index“ um täglich etwa fünf Zigaretten in beiden Gruppen ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in den Kliniken (beider Gruppen) nicht jederzeit und überall geraucht werden kann und sich Rauchen und bestimmte Verpflichtungen im Klinikalltag ausschließen. Dass der „Menge-Frequenz-Index“ in der Interventionsgruppe nicht stärker als in der Kontrollgruppe gesunken ist, mag auch darauf zurückzuführen sein, dass eine noch stärkere Reduktion in so kurzer Zeit unrealistisch ist (Deckeleffekt).

5.2.3 Fragestellungen 3 und 5: Veränderung der „Aufhörmotivation“, des „Wollensratings“ und der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“

Die Fragestellungen 3 („Verändern sich die „Aufhörmotivation“, Wollensrating“ und „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ der Patienten zwischen Klinikaufnahme und Entlassung aus der Klinik?“) und 5 („Hat eine Intervention zur Verbesserung der „Tabakpolitik“ in den Kliniken Einfluss auf „Aufhörmotivation“, „Wollensrating“ und „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ bzw. verbessert sich „Aufhörmotivation“, „Wollensrating“ und „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ bei Patienten aus Kliniken der Interventionsgruppe signifikant stärker als bei Patienten aus Kliniken der Kontrollgruppe?“) wurden mithilfe von deskriptiven Darstellungen der Mittelwerte zu den beiden Messzeitpunkten und T-Tests zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden beantwortet (Ergebnisse siehe

Kapitel 4.3.3ff.). Die „Aufhörmotivation“ (TTM) und das Nichtrauchenwollen („Wollensrating“) sind unter den Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung leicht zurückgegangen (in der Kontrollgruppe signifikant). Die Selbstwirksamkeitserwartung das Rauchen aufgeben zu können („rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“) hat sich nicht signifikant verändert. Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe konnten bei den Skalen „TTM“, „Wollensrating“ und „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ nicht gefunden werden. Die rückläufigen Werte auf den Skalen „TTM“, „Wollensrating“ bzw. die gleichbleibend niedrigen Werte auf der Skala „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“ scheinen ein Hinweis darauf zu sein, dass die Patienten während des Klinikaufenthaltes kaum die Intention gebildet haben, das Rauchen aufzugeben, sondern eher durch institutionelle Regeln und Verpflichtungen zur Reduktion gezwungen waren. Der Rückgang der „Aufhörmotivation“ und der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“ könnte darauf hindeuten, dass die Patienten den Aufenthalt in der Klinik und die Alkoholabstinenz als entbehrungsreich empfinden und das Rauchen zur Kompensation der „Entbehrung“ dient. Umso positiver ist es zu bewerten, dass die „Aufhörmotivation“ unter den Patienten in den Kliniken der Interventionsgruppe weniger stark gesunken ist als unter den Patienten in den Kliniken der Kontrollgruppe.

5.2.4 Fragestellung 6/1: Prädiktion der Veränderung des Rauchverhaltens

Zur Beantwortung des ersten Teils der Fragestellung 6 („Hat die „Tabakpolitik“-Skala prädiktiven Wert auf Veränderungen des Rauchverhaltens?“) wurden Regressionsanalysen berechnet (Ergebnisse siehe Kapitel 4.3.7).

Zwar konnten Kühnel, Metz & Kipke (2007) zeigen, dass die Intervention einen positiven Effekt auf die „Tabakpolitik“ in den Kliniken der Interventionsgruppe hat und sich die „Tabakpolitik“ anhand der erhöhten Skalenwerte deutlich verbessert hat, es konnte in der vorliegenden Untersuchung aber nicht nachgewiesen werden, dass die Skala „Tabakpolitik“ (oder die Subskalen und Faktoren) ein bedeutender Prädiktor für die Veränderung des Rauchverhaltens ist. Die bedeutsamsten Prädiktoren für die Abstinenz zur Entlassung aus der Klinik sind das „Wollensrating“ zu t_{1p} bzw. die Veränderung der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“, während die Veränderung der Subskala „Erfassung“ nur marginale Vorhersagekraft hat. Für das Kriterium Tabakreduktion (Δ MFI) sind Tabakabhängigkeit zu t_{0p} (erhoben mit der Fagerström-Skala) und die „TTM“-Skala zu t_{1p} bedeutsame Prädiktoren, während die Subskalen „Konsequenzen t_{1M} “ und die Veränderung der „Tabakentwöhnung“ sowie die Differenz der subjektiven Vor- und Nachteile des Rauchens zu t_{1p} (DBR) nur marginale Vorhersagekraft haben.

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass sich in dieser Untersuchung proximale Faktoren, die enger mit dem Individuum verbunden sind, als bedeutsame Prädiktoren für eine Veränderung des Rauchverhaltens erwiesen haben. Die „Tabakpolitik“, ein eher distaler Faktor auf Mesoebene, hat dagegen nur noch wenig zusätzliche Vorhersagekraft, weshalb der Einfluss der „Tabakpolitik“ auf die Veränderung des Rauchverhaltens als eher gering bewertet werden muss.

5.2.5 Fragestellung 6/2: Prädiktion der Veränderung der „Aufhörtmotivation“, des „Wollensratings“ und der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“

Der zweite Teil der Fragestellung 6 („Hat die „Tabakpolitik“-Skala prädiktiven Wert auf Veränderungen der „Aufhörtmotivation“, des „Wollensratings“ und der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung?“) wurde ebenfalls mit der Berechnung von Regressionsanalysen bearbeitet (Ergebnisse siehe Kapitel 4.3.7). Es zeigte sich, dass die Subskalen „Konsequenzen $t1_M$ “, „Regelwerk $t0_M$ “ und der Faktor „strukturelle Maßnahmen $t1_M$ “ zwar signifikante Prädiktoren für die Veränderung der „Aufhörtmotivation“ und der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“ sind, sie klären jeweils aber immer nur ca. 1% der Varianz in den Regressionsmodellen auf. Für das Kriterium „Wollensrating“ konnten weder Gesamtskala und Subskalen noch Faktoren als signifikante Prädiktoren identifiziert werden. Dementsprechend haben die „Tabakpolitik“ bzw. deren Subskalen nur einen sehr geringen Einfluss auf rauchbezogene Veränderungsmotivation und „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“.

5.3 Wirksamkeit der Intervention

An anderer Stelle (Kühnel, Metz & Kipke, 2007) wurde bereits gezeigt, dass die Intervention einen positiven Einfluss auf die „Tabakpolitik“ in dieser Stichprobe hat. Auch in dieser Arbeit wurde beschrieben, dass sich über alle Kliniken die Werte der Gesamtskala „Tabakpolitik“ sowie der Subskalen „Regelwerk“, „Erfassung“, „Nichtraucherschutz“ und „Engagement“ signifikant verbessert haben. Die leichten Verbesserungen der Subskalen „Konsequenzen“ und „Tabakentwöhnung“ sowie der leichte Rückgang bei der „Kompetenz“ sind statistisch nicht bedeutsam. Eine nach Interventions- und Kontrollgruppe getrennte Auswertung (siehe auch die Ergebnisse von Kühnel, Metz & Kipke (2007)) betont die unterschiedlichen Entwicklungen der „Tabakpolitik“ in den beiden Gruppen und unterstreicht die Wirksamkeit der Intervention: Während es in der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen in der Gesamtskala sowie in den Subskalen „Regelwerk“, „Konsequenzen“, „Erfassung“ und „Nichtraucherschutz“ gibt, hat sich in der Kontrollgruppe nur die Subskala „Erfassung“ statistisch bedeutsam verbessert.

Es hat sich außerdem gezeigt, dass die Ziele Tabakreduktion und die Erhöhung der Abstinenzquote erreicht wurden. Es kann allerdings nicht nachgewiesen werden, dass die Intervention die „Tabakpolitik“ dahingehend beeinflusst hat, dass diese ihrerseits zu einer Veränderung des Rauchverhaltens geführt hat.

Der Klinikaufenthalt hat leider nicht dazu geführt, die Motivation das Rauchen zu reduzieren oder aufzugeben zu erhöhen, sondern diese Motivation ist eher zurückgegangen. Möglicherweise muss es aber schon als Erfolg betrachtet werden, dass die Rückgänge beim „Transtheoretischen Modell“ und beim „Wollensrating“ nur in der Kontrollgruppe signifikant waren, die Intervention also einen noch stärkeren Rückgang der Veränderungsmotivation gebremst hat. Weder der Klinikaufenthalt an sich, noch die Intervention im Speziellen hatten einen Einfluss auf die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“, da weder die leichte Steigerung insgesamt oder in den beiden Gruppen noch die Unterschiede zwischen den Gruppen statistisch bedeutsam sind. Da die Skalen zur Erfassung der „Tabakpolitik“, wenn überhaupt, nur einen marginalen Beitrag zur Varianzaufklärung der Veränderungen

im „Transtheoretischen Modell“, im „Wollensrating“ und bei der „rauchbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung“ leisten, können diese drei Konstrukte auch nicht als vermittelnde Faktoren in Moderator- oder Mediatormodellen in Betracht gezogen werden.

5.4 Limitationen

Leider konnten keine prä-post-interventionalen Untersuchungen zu den Patienten durchgeführt werden, da in den Kliniken vor und nach der Intervention verschiedene Patientenstichproben befragt wurden. Um den Interventionseffekt zu messen, wurden deshalb nur querschnittliche Berechnungen durchgeführt, bei denen die Patienten der Kliniken aus der Kontrollgruppe mit den Patienten der Kliniken, in denen eine Intervention zur Verbesserung der „Tabakpolitik“ stattgefunden hat, verglichen wurden.

Es lässt sich hier allerdings nicht bewerten, ob sich die „Tabakpolitik“ tatsächlich verbessert hat oder ob sich das Antwortverhalten der Mitarbeiter (in der Interventionsgruppe) aufgrund sozialer Erwünschtheit verändert hat (Hawthorne-Effekt). Auch ist die Validität der Subskala „Engagement“ mit Vorsicht zu genießen, da sich der Beitritt in das ENSH außerordentlich stark bemerkbar macht.

Dadurch, dass nur größere Suchtrehabilitationskliniken (≥ 50 Betten) in die Studie aufgenommen wurden und die Teilnahme freiwillig war, kann davon ausgegangen werden, dass zum einen eher motivierte Kliniken und aus denen motiviertere Mitarbeiter Interesse an der Studie hatten. Die Fluktuation innerhalb der Mitarbeiterstichprobe (ca. 55% der Mitarbeiter nahmen an t_{0M} und t_{1M} teil) hat sich nicht in unterschiedlichen Kennwerten niedergeschlagen.

Die Instrumente zur Erhebung der „Tabakpolitik“ sind sehr heterogen, was den Vorteil hat, dass alle Aspekte abgedeckt werden. Die Heterogenität dieser Instrumente spiegelte sich andererseits aber auch in einer verminderten Reliabilität wider.

Dropouts und fehlende Werte (fast 50%) in der Patientenstichprobe schränken grundsätzlich die Aussagekraft der Effekte ein. Allerdings konnten keine bedeutsamen Unterschiede zwischen der LOCF-Stichprobe und den vollständigen Datensätzen beobachtet werden.

5.5 Fazit

Die verwendete Skala ist in der Praxis nützlich und hilfreich zur Erfassung der „Tabakpolitik“ in der Suchtrehabilitation. Die konvergente Validität kann anhand der rauchbezogenen „Klinikatmosphäre“ aus Mitarbeitersicht nachgewiesen werden. Auf die Veränderung des Rauchens scheinen personenzentrierte Faktoren, die vor allem die Motivation betreffen, wesentlich größeren Einfluss zu haben, als Faktoren auf Mesoebene. Lediglich für einzelne Subskalen, die unter der Kategorie „strukturelle Maßnahmen“ subsumiert werden können, konnten zusätzliche kleine Effekte nachgewiesen werden.

Wenn man die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung in einen allgemeinen Zusammenhang einzubetten versucht, stellt sich die Frage, ob in einer Entzugsklinik eine bestimmte Sucht (Alkohol) nach dem herkömmlichen Verständnis isoliert oder eine substanzübergreifende Sucht, die vermehrt gemeinsame Aspekte aller psychotropen Substanzen (Alkohol und Nikotin) in den Mittelpunkt stellt, behandelt werden sollte. Dabei verschiebt sich die Antwort in der Literatur immer mehr in die Richtung, dass eine substanzübergreifende

Suchttherapie bevorzugt werden sollte. Die Patienten in der vorliegenden Stichprobe bewerteten diesen Aspekt auch sehr widersprüchlich, wobei es im Grunde nur zwei Pole gibt: Die Mehrheit möchte den Kampf gegen beide Süchte annehmen, eine große Minderheit dagegen will sich ganz auf die Bekämpfung ihrer Alkoholabhängigkeit konzentrieren und sieht das Rauchen als „Strohalm“, an dem sie sich in dieser, für sie sehr schwierigen und belastenden, Situation festhalten können. Da das Setting „Aufenthalt in einer Suchtrehabilitationsklinik“ für Interventionen aller Art prädestiniert ist, sollte unbedingt auch an den Einstellungen zum Rauchen gearbeitet, jede erdenkliche Hilfe zur Verfügung gestellt und den rauchenden Patienten die vorhandenen Möglichkeiten aufgezeigt werden, die der Klinikaufenthalt bietet.

Eine umfassende Behandlung von Suchtproblemen in den Kliniken und der damit erforderliche Umstrukturierungsprozess passen in den Zeitgeist und erhalten auf verschiedenen Ebenen „Rückenwind“. Dieses lässt sich auch an der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation festmachen, in der der Nichtraucherstatus einen immer höheren Stellenwert bekommt (von Verboten für Tabakwerbung in den 1980ern bis zum Gesetz zum Schutze vor den Gefahren des Passivrauchens vom 20.07.2007). Daraus resultierend verändern sich einerseits auf Makro-, Meso- und Mikroebene die Rahmenbedingungen für den Tabakkonsum und andererseits sinkt unter Nichtrauchern die Akzeptanz für das Rauchen.

In der WIRK-II-Studie konnte gezeigt werden, dass die „Tabakpolitik“ durch die Intervention positiv beeinflusst werden kann (Kühnel, Metz & Kipke, 2007). Die positive Veränderung macht sich aber vorwiegend bei den strukturellen Maßnahmen bemerkbar, die aber nur einen sehr geringen Beitrag zur Tabakreduktion leisten. Ob und wie die Verbesserung der „unterstützenden Bereiche“ der „Tabakpolitik“ tatsächlich das Rauchverhalten der Patienten beeinflusst (Wirkmechanismen), sollte Inhalt nachfolgender Forschungsaktivitäten sein. Insgesamt zeigten sich keine Effekte der Intervention auf die Veränderung des Rauchverhaltens sowie auf die Veränderungsmotivation und die „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung“, was unter anderem der sehr ökonomischen Intervention in der vorliegenden Studie geschuldet ist. Intensivere Schulungsmaßnahmen und eine engmaschigere Begleitung der Klinikmitarbeiter würden in zukünftigen Projekten eine stärkere Verbesserung der „Tabakpolitik“ wahrscheinlicher machen.

Für die Praxis wäre es wünschenswert, wenn in den Suchtrehabilitationskliniken ein (noch) stärkeres Augenmerk auf unterstützende Maßnahmen gelegt würde, um die persönliche Motivation, die individuellen Ressourcen und Fähigkeiten der rauchenden Patienten zu fördern und ihnen dadurch den Ausstieg zu erleichtern. Vorstellbar wäre, dass den Patienten eine gute ambulante Nachsorge vermittelt wird oder dass die Patienten bereits in der Klinik Kontakte zu Selbsthilfegruppen aufnehmen, um den langfristigen Abstinenzserfolg zu sichern und chronifizierten Behandlungsverläufen vorzubeugen. Im Sinne der „Bekämpfung mehrerer Süchte“ wäre es wünschenswert, wenn die Patienten mithilfe therapeutischer Maßnahmen zur Erkenntnis gelangten, dass sie mithilfe des Tabakkonsums Suchtverschiebung betreiben. Das Festhalten am Strohhalm Zigarette schadet zwar ihren sozialen Beziehungen (familiär, beruflich) weniger als der Alkohol, stellt für ihre körperliche Leistungsfähigkeit und ihre Lebenserwartung jedoch eine ähnlich große Gefahr dar wie der Alkohol. Von psychotherapeutischer, ärztlicher und pflegerischer Seite sollte dem Patienten

ein positives Modell zum Umgang mit Suchtstoffen geboten werden und von den Mitarbeitern der Facheinrichtungen Patienten eine strukturell förderliche Atmosphäre und Umgebung geschaffen werden.

6 Literatur

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Batra, A. & Buchkremer, G. (2001). Beziehung von Alkoholismus, Drogen- und Tabakkonsum. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, 2590-2593.
- Baumeister, S., Kraus, L., Stonner, T. & Metz, K. (2008). Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54(Sonderheft 1), 26-35.
- Blomqvist, O., Engel, J. A., Nissbrandt, H. & Soderpalm, B. (1993). The mesolimbic dopamine-activating properties of ethanol are antagonized by mecamylamine. *European Journal of Pharmacology*, 249, 207-213.
- Bobo, J. K. & Gilchrist, L. D. (1983). Urging the alcoholic client to quit smoking cigarettes. *Addictive Behaviors*, 8, 297-305.
- Bobo, J. K., Lando, H. A., Walker, R. D. & McIlvain, H. (1996). Predictors of Tobacco Quit Attempts among Recovering Alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 8, 431-443.
- Bollinger, C. T., Zellweger, J. P., Danielsson, T., van Biljon, X., Robidou, A., Westin, A. & et al. (2000). Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind randomized clinical trial of efficacy and safety. *British Medical Journal*, 321, 329-333.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Recent Advances in Research on the Ecology of Human Development. In R.-K. Silbereisen, K. Eyferth & G. Rudinger (Eds.), *Development as Action in Context - Problem Behaviour and Normal Youth Development* (pp. 287-310). Berlin: Springer.
- Bühler, A., Metz, K. & Kröger, C. (2004). Vergleich von Teilnehmern an Tabakentwöhnungskursen in unterschiedlichen Settings - Welche Implikationen ergeben sich für die Tabakentwöhnung? *Suchtmedizin*, 6(1), 52-60.
- Bühner, M. (2005). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (Vol. 2). München: Pearson Studium.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. (2003). *gesundheitsziele.de - Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Bonn: Grafischer Bereich des BMGS.
- Burling, T. A., Ramsey, T. G., Seidner, A. L. & Kondo, C. S. (1997). Issues Related to Smoking Cessation Among Substance Abusers. *Journal of Substance Abuse*, 9, 27-40.
- Carey, M. P., Kalra, D. L., Carey, K. B., Halperin, S. & Richards, C. S. (1993). Stress and unaided smoking cessation. A prospective investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology & Psychotherapy*, 61, 831-838.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1999). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*. Atlanta: U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health.
- Coleman, T. (2004). Use of simple advice and behavioral support. *British Medical Journal*, 328, 397-399.

- Chaloupka, F. J. und Grossman, M. (1996). *Price, tobacco control policies and youth smoking*. Working Paper 5740. Cambridge: National Bureau of Economic Research, Inc.
- Cook, T. D., Campbell, D. T. & Peracchio, L. (1990). Quasi Experimentation. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2003). *Der Tabakepidemie Einhalt gebieten. Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle. Der Weltbankbericht*. Washington D.C.: The World Bank.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2006). *Passivrauchen - ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M. & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation - An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology & Psychotherapy*, 59, 295-304.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2003). *Aktionsplan Drogen und Sucht*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2005). *Drogen und Sucht - Ein Plan in Aktion*. Berlin: Bundesministerium der Gesundheit.
- Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, G. & Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male british doctors. *British Medical Journal*, 309, 901-910.
- Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, G. & Sutherland, I. (2006). *Deaths from Smoking: an electronic resource*. Paper presented at the International Union against Cancer (UICC), Geneva: Switzerland.
- Donath, C. (2007). *Tabakkontrollpolitik in stationären Suchtrehabilitationskliniken in Deutschland* (Vol. Dissertation. Schriftenreihe Forschungsergebnisse zur Suchtprävention, Bd 8). Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Donath, C., Metz, K. & Kröger, C. (2005). Helfen Rauchverbote wirklich? - Der Einfluss von Tabakpolitik auf Patienten in Suchtrehabilitationskliniken. *Sucht*, 51(5), 291-300.
- Donchin, M. & Baras, M. (2004). A "smoke-free" hospital in Israel - a possible mission. *Preventive Medicine*, 39, 589-595.
- Dufouil, C., Brayne, C. & Clayton, D. (2004). Analysis of longitudinal studies with death and dropout: a case study. *Statistics in Medicine*, 23, 2215-2226.
- Emmons, K. M. & Biener, L. (1993). The impact of organizational characteristics on smoking policy restrictions in Midwestern hospitals. *American Journal of Health Promotion*, 8, 43-49.
- Europäisches Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser. (2003a). *Kodex des Europäischen Netzwerks Rauchfreier Krankenhäuser*. Retrieved from www.dngfk.de/html/pdf/kodex_305.pdf
- Europäisches Netzwerk Rauchfreier Krankenhäuser. (2003b). *Rauchfreies Krankenhaus. Europäischer Leitfaden zur Schaffung rauchfreier Krankenhäuser*. Retrieved from www.dngfk.de/html/pdf/kodex_305.pdf

- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C. J. L. & Group, t. C. R. A. C. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, *360*, 1347-1360.
- Farely, M. C., Evans, W. N. & Sfekas, E. S. (1999). The impact of workplace smoking bans: results from a national survey. *Tobacco Control*, *8*, 272-277.
- Farkas, A. J., Gilpin, E. A., Distefan, J. M. & Pierce, J. P. (1999). The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviour. *Tobacco Control*, *8*, 261-265.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*, 175-191.
- Fava, J. L., Rossi, J. S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. (1991). *Structural confirmation of short form instruments for the transtheoretical model*. Paper presented at the 99th annual meeting of the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- Fichtenberg, C. M. & Glantz, S. A. (2002). Youth access interventions do not affect youth smoking. *Pediatrics*, *109*(6), 1088-1092.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R. & al., E. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Freund, M., Campbell, E., Paul, C. S., R. & Wiggers, J. (2004). Smoking care provision in smoke-free hospitals in Australia. *Preventive Medicine*, *41*, 151-158.
- Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence. A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, *86*, 1119-1127.
- Hellwich, A. K. (2008). *Patient-Therapeut-Bindung bei Drogenabhängigen: Instrumentenvalidierung und Therapieevaluation (Vol. Dissertation)*. Mainz: <http://ubm.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2009/1912/>.
- Herzog, T. A., Abrams, D. B., Emmons, K. M., Linnan, L. A., & Shadel, W. G. (1999). Do processes of change predict smoking stage movements? A prospective analysis of the transtheoretical model. *Health Psychology*, *18*(5), 369-375.
- Hodgins, D.C (2005). Weighing the pros and cons of changing change models: a comment on West. *Addiction* *100*(8), 1042-1043.
- Hopkins, D. P., Briss, P. A., Ricard, C. J., Husten, C. G., Carande-Kulis, V. G., Fielding, J. E., Alao, M. O., McKenna, J. W., Sharp, D. J., Harris, J. R., Woollery, T. A. & Harris, K. W. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal on Preventive Medicine*, *20*(2 Suppl), 16-66.
- Hughes, J. R. (2000). Smoking Reduction: Efficacy and Implementation. *Addiction*, *95*(Supplement 1), 1-41.
- Hughes, J. R., Callas, P. & High Dose Study Group. (2003). Past alcohol problems do not predict worse smoking cessation outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, *71*, 269-273.

- Hughes, J. R., Cummings, K. M. & Hyland, A. (1999). Ability of smokers to reduce their smoking and its association with future smoking cessation. *Addiction*, 94, 109-114.
- Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Hurt, R. D., Croghan, I. T., Offord, K. P., Eberman, K. M. & Morse, R. M. (1995). Attitudes toward Nicotine Dependence Among Chemical Dependency Unit Staff - Before and After a Smoking Cessation Trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 247-252.
- Hyland, A., Li, Q., Bauer, J. E., Giovino, G. A., Steger, C. & Cummings, K. M. (2004). Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Tobacco Control*, 6, 363-369.
- International Consultation on Tobacco and Youth. (1999). *What in the World Works: A Call to Action: Tobacco Control and Youth*. Singapore: International Consultation on Tobacco and Youth.
- Irving, L. M., Seidner, A. L., Burling, T. A., Thomas, R. G. & Brenner, G. F. (1994). Drug and alcohol abuse inpatient's attitudes about smoking cessation. *Journal of Substance Abuse*, 6, 267-278.
- Jäkke, C., Keller, S., Baum, E. & Basler, H.-D. (1999). Skalen zur Selbstwirksamkeit und Entscheidungsbalance im Prozess der Verhaltensänderung von Rauchern. *Diagnostica*, 45, 138-146.
- Jha, P. und Chaloupka, F. J. (2000). Macro-social influences: the effects of prices and tobacco-control policies on the demand for tobacco products. *British Medical Journal*, 321, 358-361.
- Jeffery, R. W., French, S. A. & Rothman, A. J. (1999). Stage of change as a predictor of success in weight control in adult women. *Health Psychology*, 18(4), 543-546.
- John, U. & Hanke, M. (2001). Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Gesundheitswesen*, 63, 363-369.
- Joint Commission on Accreditation of Health Organizations [JCAHO]. (1993). *Tobacco Control in the Hospital - Guideline*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Kämmer-Reusch, M. (2001). *Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen*. Neu-Isenburg: MMI.
- Kotz, M. M. (1993). A smoke-free Chemical Dependency Unit. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 125-131.
- Kraft, P., Sutton, S. R. & McCreath Reynolds, H. (1999). The transtheoretical model of behaviour change: Are the stages qualitatively different? *Psychology and Health*, 14(3), 433-450.
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Epidemiologischer Suchtsurvey 2003 bei Erwachsenen in Deutschland: Konzeption und Methodik. *Sucht*, 51(Sonderheft 1), 6-18.
- Kühnel, B., Metz, K. & Kipke, I. (2007). Veränderung der Tabakpolitik in Suchtrehabilitationskliniken nach einer randomisierten Multi-Level-Intervention. *Suchttherapie*, 8, 152-159.
- Lancaster, T. & Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.

- Lancaster, T., Stead, L. F., Silagy, C. & Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal*, *321*, 355-358.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaption*. London: Oxford University press.
- Little, H. J. (2000). Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking. *Alcohol Research & Health*, *24*, 215-224.
- Localio, A. R., Berlin, J. A., Ten Have, T. R. & Kimmel, S. E. (2001). Adjustments for Center in Multicenter Studies: An Overview. *Annals of Internal Medicine*, *135*(2), 112-123.
- Longo, D. R., Feldman, M. M., Kruse, R. L., Brownson, R. C., Petroski, G. F. & Hewett, J. (1998). Implementing smoking bans in American hospitals: results of a National survey. *Tobacco Control*, *7*, 47-55.
- Longo, D. R., Johnson, J. C., Kruse, R. L., Brownson, R. C. & Hewett, J. E. (2001). A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tobacco Control*, *10* 267-272.
- Marks, J., Hill, E., Pomerleau, C. S., Mudd, S., & Blow, F. (1997). Nicotine Dependence and Withdrawal in alcoholic and non-alcoholic ever-smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *14*, 521-527.
- Metz, K. (2005). *Effektivität und differentielle Indikation von Tabakentwöhnungsmaßnahmen bei Rauchern mit einer Alkoholabhängigkeit (Vol. Dissertation)*. Trier: (<http://ubt.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2005/288>).
- Metz, K., Kröger, C. & Bühringer, G. (2005). Tabakentwöhnung bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit im Setting der Suchtrehabilitation - Ein Überblick. *Das Gesundheitswesen*, *67*, 461-467.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Schumann, A., Hapke, U. & John, U. (2003). Intentionally reduced smoking among untreated general population smokers: prevalence, stability, prediction of smoking behavior change and differences between subjects choosing either reduction or abstinence. *Addiction*, *98*, 1101-1110.
- Nakagawa, M., Tanaka, H., Aoki, M. & Seo, N. (2004). Hospital no-smoking policy could increase smoking cessation among preoperative patients. [Abstract]. *Masui*, *53*, 438-442.
- Neubauer, S., Welte, R., Beiche, A., König, H. H., Büsch, K. & Leidl, R. (2006). Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tobacco Control*, *15*, 464-471.
- Novy, P., Hughes, J. R., & Callas, P. (2001). A comparison of recovering alcoholic and non-alcoholic smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, *65*, 17-23.
- Oldenburg, B., Glanz, K. & Ffrench, M. (1999). The application of staging models to the understanding of health behaviour change and the promotion of health. *Psychology and Health*, *14*(3), 503-516.
- Onaivi, E. S., Todd, S. & Martin, B. R. (1989). Behavioral effects in the mouse during and following withdrawal from ethanol ingestion and/or nicotine administration. *Drug and Alcohol Dependence*, *24*, 205-211.
- Patrick, D. L., Cheadle, A., Thompson, D. C., Diehr, P. K., T. & Kinne, S. (1994). The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, *84*, 1086-1093.

- Petermann, H. & Roth, M. (2006). *Suchtprävention im Jugendalter. Interventionstheoretische Grundlagen und entwicklungspsychologische Perspektiven*. Weinheim: Juventa.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., David-Spickermann, M. & Bartsch, G. (2007). *Bericht 2007 des nationalen Reitox-Knotenpunktes an die EBDD: Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2006/2007*. München: Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- Prochaska, J., Velicer, W. F., Fava, J. L., Rossi, J. S. & Tsoh, J. Y. (2001). Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors, 26*(4), 583-602.
- Prochaska, J. J., Delucchi, K. & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1144-1156.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Quinlan, K. B. & McCaul, K. D. (2000). Matched and mismatched interventions with young adult smokers: Testing a stage theory. *Health Psychology, 19*(2), 165-17.
- Reid, D. (1996). Tobacco control: overview. *British Medical Journal, 52*, 108-120.
- Riley, W., Jerome, A., Behar, A. & Weil, J. (2002). Computer and self-help behavioural strategies for smoking reduction: Initial feasibility and one year follow-up. *Nicotine and Tobacco Research, 4*, 183-188.
- Saxon, A. J., Baer, J., Davis, T. M., Sloan, K., Malte, C., Fitzgibbons, K. et al. (2003). Smoking cessation treatment among dually diagnosed individuals: preliminary evaluation of different pharmacotherapies. *Nicotine & Tobacco Research, 5*, 589-596.
- Schafer, J. & Graham, J. W. (2002). Missing Data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods, 7*(2), 147-177.
- Schmidt, B. (2001). Die Wirksamkeit präventiver Tabakpolitik für Jugendliche: Die» WHO Framework Convention on Tobacco Control «aus Sicht der Jugendgesundheitsforschung. *Sucht, 47* (6), S. 421-430.
- Schmidt, B. (1998). *Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen: sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit*. Weinheim: Juventa.
- Schneider, B., Heiß, A., Storck, C. & Wallroth, M. (2004). *Tabakabhängigkeit in der Alkoholentwöhnung - ein notwendiger Paradigmenwechsel kündigt sich an*. Konferenzbeitrag.
- Schröder, H. (1996). Psychologische Interventionsmöglichkeiten bei Stressbelastung. In H. Schröder & K. Reschke (Eds.), *Intervention zur Gesundheitsförderung für Klinik und Alltag* (pp. 7-26). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Schröder, H. & Hackhausen, W. (2001). *Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation*. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften.
- Schröder, H. & Petry, J. (2003). Störung des Selbstregulationssystems und Emotionstraining bei stofflichen und stoffungebundenen Süchten. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 26*, 19-22.
- Schulz, M., Töpfer, M. & Behrens, J. (2004). Rauchverhalten von Mitarbeitern und Patienten der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses. *Gesundheitswesen, 66*, 107-113.

- Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2002). Naturalistic Changes in the Readiness to Quit Tobacco Smoking in a German General Population Sample. *Preventive Medicine, 35*, 326-333.
- Schumann, A., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2003). Skalen zu Kernkonstrukten des Transtheoretischen Modells (TTM) im Verhaltensbereich Tabakkonsum. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 11*, 16-23.
- Sciamanna, C. N., Hoch, J. S., Duke, G. C., Fogle, M. N. & Ford, D. E. (2000). Comparison of Five Measures of Motivation to Quit Smoking Among a Sample of Hospitalized Smokers. *Journal of General Internal Medicine, 15*(1), 16-23.
- Serra, C., Cabezas, C., Bonfill, X. & Pladevall-Vila, M. (2000). Interventions for preventing tobacco smoking in public places. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).
- Seymour, L. (1999). *Been there. Done that.* London: Health Development Agency.
- Seymour, L. (2000). *Tobacco Control Policies within the NHS: Case studies of effective practice.* London: Health Development Agency.
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L. F., Mant, D. & Fowler, G. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.*
- Sniehotta, F.F., & Schwarzer, R. (2002). Modellierung der Gesundheitsverhaltensänderung. In M. Jerusalem & H. Weber (Eds.), *Psychologische Gesundheitsförderung: Diagnostik und Prävention.* Göttingen: Hogrefe.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung: Diagnostik, Konzepte, F-SOZU* (Vol. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie). Tübingen.
- Soyka, M. & Kufner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit – Entstehung – Folgen – Therapie* (6., vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme.
- StataCorp. (2006). *Stata/SE 9.2 for Windows.* College Station, TX: StataCorp.
- Stead, L. F. & Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.*
- Sussman, S. (2002). Smoking cessation among persons in recovery. *Substance use and misuse, 37*, 1275-1298.
- Sutton, S. (2000). A critical review of the transtheoretical model applied to smoking cessation. In P. Norman, C. Abraham, & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behavior* (pp. 207-225). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Task Force on Community Preventive Services. (2001). The Guide to Community Preventive Services: Effect of Smoking Bans and Restrictions on Tobacco Use Behaviors. *American Journal of Preventive Medicine, 20*, 16-66.
- Tretter, F. & Müller, A. (2001). Ursachenmodelle der Suchtforschung. In F.Tretter & A.Müller (Eds.), *Psychologische Therapie der Sucht* (pp. 33-72). Göttingen: Hogrefe.
- US Department of Health and Human Services. (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. A Report of the Surgeon General.* Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

- U. S. Department of Health and Human Services (2000). *Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco-Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health Care Systems*, (Rep. No. 49). U. S. Department of Health and Human Services.
- US Preventive Services Task Force. (1996). *Guide to Clinical Preventive Services: report of the U. S. Preventive Services Task Force (Vol. 2)*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Wakefield, M. A., Chaloupka, F. J., Kaufman, N. J., Orleans, C. T. und Barker, D. C. (2000). Effects of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking. *British Medical Journal*, 321, 333–337.
- Ward, K. D., Klesges, R. C. & Halpern, M. T. (1997). Predictors of Smoking Cessation and State-of-the-Art Smoking Interventions. *Journal of Social Issues*, 53, 129-145.
- West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100, 1036-1039.
- West, R., McEwen, A., Bolling, K. & Owen, L. (2001). Smoking cessation and smoking patterns in the general population: A 1-year follow-up. *Addiction*, 96, 891-902.
- West, R., McNeill, A. & Raw, M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*(55), 987-999.
- Zullino, D. F., Besson, J., Favrat, B., Krenz, S. Z., G., Schnyder, C. & al., e. (2003). Acceptance of an intended smoking ban in an alcohol dependence clinic. *European Psychiatry and Clinical of North America*, 18, 255-257.

7 Anhang

7.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Übersicht der Interventionsmöglichkeiten auf Makro-, Meso- und Mikroebene..	20
Tabelle 2.1: Hypothesen, unabhängige Variablen und abhängige Variablen	38
Tabelle 4.1: Deskriptive Darstellung der Dropoutanalyse der Mitarbeiter ($N_{t_0}=200$; $N_{t_1}=184$)..	52
Tabelle 4.2: Deskriptive Darstellung der Prätestäquivalenz der Mitarbeiter ($N_{t_0}=200$)	53
Tabelle 4.3: Deskriptive Darstellung der rauchbezogenen Variablen und der „Tabakpolitik“ in den Kliniken ($N_{t_0}=200$; $N_{t_1}=184$)	55
Tabelle 4.4: Deskriptive Darstellung der Dropoutanalyse der Patienten ($N=1.225$)	56
Tabelle 4.5: Deskriptive Darstellung der Prätestäquivalenz der Patienten ($N=1.225$).....	57
Tabelle 4.6: Deskriptive Darstellung der Prätestäquivalenz der Patienten ($N=535$).....	59
Tabelle 4.7: Deskriptive Darstellung der rauchbezogenen Variablen der Patienten ($N=535$)..	60
Tabelle 4.8: Retestreliabilität der „Tabakpolitik“-Skala und deren Subskalen ($N=38$ Kliniken) .	61
Tabelle 4.9: Faktorladungen aus explorativer Faktorenanalyse der „Tabakpolitik“-Subskalen ($N_{t_0}=40$; $N_{t_1}=38$)	62
Tabelle 4.10: Korrelationskoeffizienten „Tabakpolitik“ und „Klinikatmosphäre“ ($N_{t_0}=40$; $N_{t_1}=38$) ..	63
Tabelle 4.11: Signifikante Prädiktoren des Kriteriums „Quit“ ($N=1.225$)	69
Tabelle 4.12: Signifikante Prädiktoren des Kriteriums „Quit“ ($N=535$)	70
Tabelle 4.13: Signifikante Prädiktoren des Kriteriums „ Δ Menge-Frequenz-Index ($t_{1p}-t_{0p}$)“ ($N=535$)..	71
Tabelle 4.14: Signifikante Prädiktoren des Kriteriums „Transtheoretisches Modell t_{1p} “ ($N=535$) .	72
Tabelle 4.15: Signifikante Prädiktoren des Kriteriums „rauchbezogene Selbstwirksamkeitserwartung t_{1p} “ ($N=535$).....	73
Tabelle 4.16: Zusammenfassung der Hypothesenprüfung	73

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Das „Transtheoretische Modell“	16
Abbildung 1.2: Drei Faktoren der Suchtentstehung	18
Abbildung 1.3: Die sieben Facetten der „Tabakpolitik“	30
Abbildung 3.1: Untersuchungsdesign (angestrebte Zahl der Kliniken, Mitarbeiter und Patienten zu t_0 und t_1).....	40
Abbildung 3.2: Klinik-, Mitarbeiter- und Patientenstichprobe (erreichte Zahl der Kliniken, Mitarbeiter und Patienten zu t_0 und t_1).....	42
Abbildung 4.1: Summe der Nichtraucher unter den Patienten ($N=535$)	64
Abbildung 4.2: Mittelwerte der „Menge-Frequenz-Indices“ der Patienten ($N=1.225$)	65
Abbildung 4.3: Mittelwerte der „Menge-Frequenz-Indices“ der Patienten ($N=535$).....	66
Abbildung 4.4: Mittelwerte der Patienten auf der Skala „Transtheoretisches Modell“ ($N=518$) .	67
Abbildung 4.5: Mittelwerte der Patienten auf der Skala „Wollensrating“ ($N=520$).....	68
Abbildung 4.6: Mittelwerte der Patienten auf der Skala „Selbstwirksamkeitserwartung“ ($N=498$) .	69

7.3 Informationsblatt Mitarbeiter



Institut für Therapieforschung
Parzivalstr. 25, 80804 München

Informationsblatt zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung

Mehrebenenansatz der Tabakentwöhnung in Suchtrehabilitationskliniken (WIRK-II)

Ihre Klinik nimmt an der oben genannten wissenschaftlichen Studie teil. Die Untersuchung wird vom Institut für Therapieforschung, München durchgeführt und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziell unterstützt (Fördernummer 01 EB 0441). Sie erfolgt im Interesse der Klinik und wurde nicht von anderer Seite (z.B. BfA, Kostenträger) veranlasst.

Worum geht es in der Studie?

Unsere Studie beschäftigt sich mit dem Thema Rauchen in Suchtrehabilitationskliniken. Eine Vielzahl an Ergebnissen konnte die hohe gesundheitliche Gefährdung einer Doppelabhängigkeit von Tabak und Alkohol belegen. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass gerade in Suchtrehabilitationskliniken ein hoher Prozentsatz der Patienten starke Raucher sind. Unser Anliegen ist es daher, diese Patienten zu unterstützen, ihr Rauchverhalten zu verändern. Es hat sich in anderen Ländern gezeigt, dass auch die Art wie in einer Klinik mit dem Thema Rauchen umgegangen wird, Einfluss auf rauchbezogene Variablen bei Patienten haben kann. Deswegen wollen wir die Tabakpolitik in deutschen Suchtkliniken erfassen und beschreiben.

Welche Fragen versucht dieses Projekt zu beantworten?

Welche Maßnahmen würden sich die Patienten bezüglich Ihres Rauchverhaltens wünschen? Welche Patienten in Suchtkliniken können mit den dort vorhandenen Angeboten ihr Rauchverhalten ändern und welche nicht? Gibt es bestimmte Bedingungen und Regeln in der Klinik, die dazu beitragen, eine Veränderung des Rauchverhaltens zu erleichtern? Beeinflusst ein raucherfreundliches bzw. raucherfeindliches Klima innerhalb der Klinik die Einstellung der Patienten zu ihrem Rauchverhalten?

Was passiert, wenn ich an der Studie teilnehme?

- Sie werden jetzt zur Tabakpolitik in der Klinik und zu rauchbezogenen Fakten mittels eines Fragebogens befragt. Im Falle einer Teilnahme an dem Forschungsprojekt werden Sie etwas Zeit benötigen für das Ausfüllen des Fragebogens (ca. 30 min.).
- Diese Befragung erfolgt völlig anonym, das heißt Sie versehen den Fragebogen nur mit einem Code, aber nicht mit Ihrem Namen. Sie stecken den ausgefüllten Fragebogen sofort nach dem Ausfüllen in einen Briefumschlag und kleben ihn zu. Keiner in der Klinik wird somit erfahren, wie Sie persönlich den Fragebogen beantwortet haben. Die Klinik bekommt insgesamt eine Rückmeldung über das bestehende Angebot zur Tabakentwöhnung und die wahrgenommene Tabakpolitik.

Was passiert mit meinen Daten?

Alle Fragebögen, die Sie ausfüllen, werden an das Institut für Therapieforschung weitergeleitet, wo die Auswertung der Daten stattfindet. Die Daten werden nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Da die Fragebögen anonym sind, ist es nicht möglich diese wieder einem bestimmten Mitarbeiter zuzuordnen. Die Codes haben nur den Zweck die Fragebögen der beiden Erhebungszeitpunkte aufeinander beziehen zu können.

Hinweise zur Freiwilligkeit mit der Zusicherung, dass keine Nachteile bei einer Nichtteilnahme entstehen

Die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie ist freiwillig. Sie können auch bei schon gegebener Einwilligung ohne Angabe von Gründen ausscheiden. Wenn Sie eine Teilnahme

nicht wünschen, erwachsen Ihnen hieraus keine Nachteile. Wenn Sie es ausdrücklich wünschen und es noch möglich ist, werden wir auch Ihre für die Forschung gesammelten Daten löschen und schriftliche Aufzeichnungen (z. B. Fragebogen) vernichten.

Bitte um Teilnahme unter den beschriebenen Bedingungen

Wenn Sie das Vorangegangene gelesen haben, Ihnen der Inhalt klar ist und Sie an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die Einverständniserklärung zu unterschreiben. Dieses Informationsblatt können Sie in jedem Fall behalten.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie bei unserer Studie mitmachen würden.
Vielen Dank!



Dr. Christoph Kröger
Projektleiter

7.4 Informationsblatt Patienten



Institut für Therapieforschung
Parzivalstr. 25, 80804 München

Informationsblatt zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung

Tabakentwöhnung in Suchtrehabilitationskliniken

Die Klinik, die Sie zur Behandlung aufgesucht haben, nimmt an der oben genannten wissenschaftlichen Studie teil. Die Untersuchung wird vom Institut für Therapieforschung, München durchgeführt und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziell unterstützt (Fördernummer 01 EB 0441). Sie erfolgt im Interesse der Klinik und wurde nicht von anderer Seite (z.B. BfA, Kostenträger) veranlasst.

Worum geht es in der Studie?

Unsere Studie beschäftigt sich mit dem Thema Rauchen in Suchtrehabilitationskliniken. Eine Vielzahl an Ergebnissen konnte die hohe gesundheitliche Gefährdung einer Doppelabhängigkeit von Tabak und Alkohol belegen. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass gerade in Suchtrehabilitationskliniken ein hoher Prozentsatz der Patienten starke Raucher sind. Unser Anliegen ist es daher, diese Patienten zu unterstützen, ihr Rauchverhalten zu verändern. Zunächst müssen wir dazu erfassen, wie viele Patienten in Suchtkliniken überhaupt rauchen und was Sie sich wünschen würden, um mit dem Rauchen aufhören zu können. Außerdem möchten wir gerne am Ende Ihres Klinikaufenthalts wissen, wie Sie das Angebot zur Raucherentwöhnung einschätzen und inwieweit Sie es genutzt haben.

Welche Fragen versucht dieses Projekt zu beantworten?

Welche Maßnahmen würden sich die Patienten bezüglich Ihres Rauchverhaltens wünschen? Welche Patienten in Suchtkliniken können mit den dort vorhandenen Angeboten ihr Rauchverhalten ändern und welche nicht? Was wäre nötig, damit mehr Patienten es schaffen, Nichtraucher zu werden? Gibt es bestimmte Bedingungen und Regeln in der Klinik, die dazu beitragen, eine Veränderung des Rauchverhaltens zu erleichtern? Beeinflusst ein raucherfreundliches bzw. raucherfeindliches Klima innerhalb der Klinik die Einstellung der Patienten zu ihrem Rauchverhalten?

Was habe ich davon, wenn ich an dieser Studie teilnehme?

- Sie erfahren mehr über sich als sonst üblich.
- Sie bekommen mehr Anregungen und Hilfestellungen als sonst üblich.
- Sie helfen damit anderen mit gleichen Schwierigkeiten.

Was passiert, wenn ich an der Studie teilnehme?

- Sie werden bei Aufnahme und Entlassung zu Ihrem Rauchverhalten und einigen damit zusammenhängenden Aspekten, zu Ihrer Person und zu Ihrem Befinden befragt. Im Falle einer Teilnahme an dem Forschungsprojekt werden Sie etwas Zeit benötigen für das Ausfüllen des Fragebogens (ca. 45 min.).
- Diese Befragung erfolgt anonym, das heißt Sie versehen den Fragebogen mit einem Code und nicht mit Ihrem Namen.

Was passiert mit meinen Daten?

Alle Fragebögen, die Sie ausfüllen, werden (von Ihnen mit einem Code versehen und anonym) an das Institut für Therapieforschung weitergeleitet, wo die Auswertung der Daten stattfindet. Die Daten werden nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Am Ende der Studie bekommt die Klinik eine Rückmeldung darüber, wie das Rauchverhalten Ihrer Patienten aussieht und wie es sich während eines Klinikaufenthalts verändert.

Hinweise zur Freiwilligkeit mit der Zusicherung, dass keine Nachteile bei einer Nichtteilnahme entstehen

Die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie ist freiwillig. Sie können auch bei schon gegebener Einwilligung ohne Angabe von Gründen ausscheiden. Wenn Sie eine Teilnahme nicht wünschen, erwachsen Ihnen hieraus keine Nachteile für Ihre Behandlung. Wenn Sie es ausdrücklich wünschen und es noch möglich ist, werden wir auch Ihre für die Forschung gesammelten Daten löschen und schriftliche Aufzeichnungen (z. B. Fragebogen) vernichten.

Bitte um Teilnahme unter den beschriebenen Bedingungen

Wenn Sie das Vorangegangene gelesen haben, Ihnen der Inhalt klar ist und Sie an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die Einverständniserklärung zur Studie zu unterschreiben. Diese händigt Ihnen Ihr Therapeut aus. Dieses Informationsblatt können Sie in jedem Fall behalten.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie bei unserer Studie mitmachen würden.
Vielen Dank!



Dr. Christoph Kröger
Projektleiter

7.5 Einwilligungserklärung Patienten

IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstr. 25
80804 München

Ihre Ansprechpartner:
Dr. Christoph Kröger
Dipl.-Psych. Carolin Donath
Telefon: 089 - 360 804 87
Fax: 089 - 360 804 69

Einwilligungserklärung für die Teilnahme an der Studie „Tabakentwöhnung in Suchtrehabilitationskliniken“

Ich bin über Inhalt und Zweck der Studie sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie informiert worden und habe das Informationsblatt „Tabakentwöhnung in Suchtrehabilitationskliniken“ erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der oben genannten Studie erhobenen Daten vom IFT, Institut für Therapieforschung, München, für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen dieser Studie nach den Bestimmungen der Datenschutzgesetze des Bundes und des Landes Bayern ausgewertet werden. Die Verantwortlichen der wissenschaftlichen Begleitung tragen dafür Sorge, dass alle erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet werden.

Mir ist versichert worden, dass die Befragung freiwillig ist und anonym erfolgt, so dass keine Zuordnung meiner Person zu erhobenen Daten möglich ist.

Diese Einwilligungserklärung verbleibt in der Klinik, um die Anonymität der Daten sicherzustellen.

Ort und Datum

Name

Unterschrift

7.6 Fragebogen Mitarbeiter t0_M und t1_M

IFT Institut für Therapieforschung

Parzivalstr.25, 80804 München

Tabakentwöhnung in Suchtrehabilitationskliniken

Personalfragebogen

Bitte tragen Sie zuerst Ihren Code ein:

Erläuterungen zum Code

Die ersten beiden Stellen Ihres Codes bestehen aus den Anfangsbuchstaben Ihres Vor- und Nachnamens, die weiteren sechs Ziffern bestehen aus Ihrem Geburtsdatum.

Beispiel: Name: Luise Meier, geboren am 13.07.50 hat folgenden Code:

L	M	1	3	0	7	5	0
---	---	---	---	---	---	---	---

Teilnehmer-Code:

Initialen		Tag		Monat		Jahr
Vor- und Nachname				Geburtsdatum		

Heutiges Datum:

Tag		Monat		Jahr

Klinikname: _____

Hinweis

Zweck

- Der Fragebogen erfasst Ihr Rauchverhalten und die Tabakpolitik an Ihrer Klinik sowie die Angebote für Mitarbeiter und Patienten zur Tabakentwöhnung
- Die Auseinandersetzung mit den Fragen ist eine gute Gelegenheit, sich über die gegenwärtige Situation genauere Gedanken zu machen. Wir bitten Sie um ehrliche Angaben. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Anonymität

- Ihre Angaben werden im Forschungsprojekt vollständig anonym behandelt.

Bearbeitung

- Es ist wichtig, alle Fragen zu beantworten.
- In der Regel ist eine Antwort anzukreuzen; Fragen, bei denen mehrere Antworten möglich sind, enthalten einen entsprechenden Hinweis.

Rückfragen

- Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung (Frau Donath, Tel.: 089-36080487)

A Informationen zur Person

1. Welche Stellung haben Sie an Ihrer Klinik?

- Ärztliche/Psychologische Klinikleitung
 Arzt/Ärztin
 Pflegepersonal
 Physiotherapeut
 Ergotherapeut
 Arbeitstherapeut
 Psychotherapeut/Psychologe
 Sozialpädagoge
 Sozialarbeiter
 Andere: _____

Wie lange arbeiten Sie schon in dieser Klinik:

Jahre

2. Ihr Geschlecht:

- männlich weiblich

Ihr Alter: Jahre

B Rauchstatus & Rauchverhalten

3. Sind Sie:

- Nichtraucher → weiter mit Frage 11
 Ex-Raucher → weiter mit Frage 7, dann 11
 Gelegenheitsraucher → weiter mit Frage 4
 täglicher Raucher → weiter mit Frage 4

4. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage:

An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigaretten geraucht?

An Tagen

An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie da?

Zigaretten

- Ich habe in den letzten 30 Tagen gar nicht geraucht.

5. Wie viele Zigaretten rauchen Sie während der Arbeitszeit?

Zigaretten

Wenn hier von Zigaretten gesprochen wird, sind damit alle anderen Tabakwaren eingeschlossen.

6. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie die 1. Zigarette?

- Innerhalb von 5 Minuten
 Innerhalb von 6 – 30 Minuten
 Innerhalb von 31 – 60 Minuten
 Nach 60 Minuten

7. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?

- Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
 Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.
 Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
 Ich rauche seit weniger als sechs Monaten nicht mehr.
 Ich rauche seit mehr als sechs Monaten nicht mehr.

8. Wie häufig haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten bewusst versucht, für mindestens 24 Stunden nicht zu rauchen?

Mal

9. Könnte ein Rauchverbot in der Klinik Sie dazu ermutigen, mit dem Rauchen aufzuhören?

gar nicht absolut

10. Würde ein Rauchverbot in der Klinik Ihnen helfen, mit dem Rauchen aufzuhören?

gar nicht absolut

C Regelwerk

11. Ihre Hausordnung enthält Regelungen, die das Rauchen einschränken oder verbieten.

ja nein weiß nicht

Diese Regeln gelten schon länger als 1 Jahr.

ja nein weiß nicht

12. Es wurden in den letzten 12 Monaten Regelungen zum Rauchen aufgestellt oder verändert.

ja nein weiß nicht

13. An Ihrer Klinik bestehen folgende Rauchverbote:

Absolutes Rauchverbot im Gebäude und Gelände

Für Patienten:

ja nein weiß nicht

Absolutes Rauchverbot im Gebäude und Gelände

Für Mitarbeiter:

ja nein weiß nicht

Teilweises Rauchverbot im Gebäude/Gelände

Für Patienten:

ja nein weiß nicht

Teilweises Rauchverbot im Gebäude/Gelände

Für Mitarbeiter:

ja nein weiß nicht

Im Klinikgelände und im Gebäude ist **Rauchen an folgenden Plätzen gestattet** (mehrere Antworten möglich):

Patienten

- Cafeteria
- Raucherzimmer
- Raucherecke innen
- Eingangszone innen
- Patientenzimmer
- Balkon
- Raucherpavillon
- Raucherzone außen
- Vor dem Eingang
- Mind. 1 Platz innen
- _____

Mitarbeiter

- Kantine
- Raucherzimmer
- Raucherecke innen
- Schwesternzimmer
- Eigenes Büro
- Balkon
- Raucherpavillon
- Raucherzone außen
- Vor dem Eingang
- Mind. 1 Platz innen
- _____

Es gibt **gar keine Rauchverbote** für Patienten.

ja nein weiß nicht

Es gibt **gar keine Rauchverbote** für Mitarbeiter.

ja nein weiß nicht

14. In Ihrer Klinik gibt es Hinweisschilder, die auf Rauchverbote aufmerksam machen.

ja nein weiß nicht

15. Die Rauchverbote werden von den Patienten eingehalten.

gar nicht absolut

16. Die Rauchverbote werden von den Mitarbeitern eingehalten.

gar nicht absolut

17. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Bekanntheitsgrad der Regelungen zum Nicht-rauchen an Ihrer Klinik?

sehr niedrig sehr hoch

18. Wie hoch schätzen Sie die Akzeptanz der bestehenden Regelungen?

Bei der Klinikleitung

sehr niedrig sehr hoch

Bei den Mitarbeitern

sehr niedrig sehr hoch

Bei den Patienten

sehr niedrig sehr hoch

19. Wie bewerten Sie persönlich die bestehenden Regelungen Ihrer Klinik?

gar nicht sinnvoll sehr sinnvoll

D Durchsetzen der Regeln/Konsequenzen

20. Die Einhaltung der Regelungen zum Nicht-rauchen wird kontrolliert.

ja nein weiß nicht

21. Es gibt eine Vereinbarung, die Verstöße von Patienten gegen die Rauchverbote zu dokumentieren.

ja nein weiß nicht

Wenn ja:

Wie stark wird diese Vereinbarung umgesetzt?

gar nicht sehr stark

22. Es gibt Sanktionen/Strafen für Patienten, die sich nicht an die Regelungen zum Rauchen halten.

ja nein weiß nicht

Wenn Nein, → weiter mit Frage 23

Diese Sanktionen sind abgestuft, d. h. es gibt bei wiederholter Regelverletzung schärfere Sanktionen.

ja nein weiß nicht

Die Sanktionen haben inhaltlich einen Bezug zum eigenen Rauchverhalten (z. B. Fragebogen zum Rauchen ausfüllen, Rauchergeschichte aufschreiben).

ja nein weiß nicht

Die bestehenden Sanktionen sind an Ihrer Klinik schriftlich festgehalten.

ja nein weiß nicht

33. Wie hoch schätzen Sie die Akzeptanz dieser angebotenen Ausstiegsmaßnahmen?

Bei der Klinikleitung

 sehr niedrig sehr hoch

Bei den Mitarbeitern

 sehr niedrig sehr hoch

Bei den Patienten

 sehr niedrig sehr hoch

34. Wie bewerten Sie persönlich diese Angebote?

gar nicht sinnvoll sehr sinnvoll

F Kompetenz im Umgang mit Rauchern

35. In den letzten 12 Monaten nahmen Mitarbeiter Ihrer Klinik an Fortbildungen zum Thema Rauchen/Raucherentwöhnung teil.

ja nein weiß nicht

Wenn ja, wie viele?

1-2 3-5 6-10 ≥ 11 weiß nicht

36. Dem Personal wurde in den letzten 12 Monaten eine klinikinterne Schulung zur Raucherberatung angeboten.

ja nein weiß nicht

37. Klinisches Personal ist in der Tabakentwöhnung geschult.

ja nein weiß nicht

38. Die Klinik unterstützte in den letzten 12 Monaten Fortbildungen zum Thema Rauchen finanziell oder durch andere Ressourcen.

ja nein weiß nicht

39. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Bekanntheitsgrad der Schulungsmöglichkeiten?

sehr niedrig sehr hoch

40. Wie hoch schätzen Sie die Akzeptanz dieser Schulungsmöglichkeiten?

Bei der Klinikleitung

 sehr niedrig sehr hoch

Bei den Mitarbeitern

 sehr niedrig sehr hoch

41. Wie bewerten Sie persönlich diese Schulungsmöglichkeiten?

gar nicht sinnvoll sehr sinnvoll

G Einstellungen zum Rauchen & zu Regelungen

42. Es stört mich, wenn andere in meiner Gegenwart rauchen.

lehne ab
stimme voll zu

43. Die bisherigen Restriktionen und Regelungen bezüglich des Rauchens finde ich völlig übertrieben.

lehne ab
stimme voll zu

44. Rauchen sollte hier strenger geregelt sein.

lehne ab
stimme voll zu

45. Es gibt hier schon viel zu viele Regelungen zum Rauchen.

lehne ab
stimme voll zu

46. Unsere Klinik sollte komplett „rauchfrei“ werden.

lehne ab
stimme voll zu

47. Rauchende Mitarbeiter haben ein Recht darauf, während der Arbeitszeit zu rauchen.

lehne ab
stimme voll zu

48. Rauchende Patienten haben ein Recht darauf, während Ihres Klinikaufenthalts zu rauchen.

lehne ab
stimme voll zu

49. Ein Rauchverbot ist unmenschlich gegenüber den Rauchern.

lehne ab
stimme voll zu

50. Klinikmitarbeiter sollten überhaupt nicht rauchen, um den Patienten ein Vorbild zu sein.

lehne ab
stimme voll zu

51. Mitarbeiter sollten, unabhängig davon ob sie von Patienten gesehen werden könnten, rauchen dürfen.

lehne ab
stimme voll zu

52. Mitarbeiter mit Patientenkontakt sollten nicht nach Rauch riechen.

lehne ab
stimme voll zu

- 53. Raucherentwöhnung sollte meiner Meinung nach während des Klinikaufenthalts hohe Priorität haben.**
 lehne ab stimme voll zu
- 54. Maßnahmen zum Thema Rauchen sollten für alle Raucher angeboten werden.**
 lehne ab stimme voll zu
- 55. Maßnahmen zum Thema Rauchen sollten für alle Raucher verpflichtend sein.**
 lehne ab stimme voll zu
- 56. Tabakentwöhnung ist eine Überforderung für unsere Patienten.**
 lehne ab stimme voll zu
- 57. Wie wirkt sich Tabakentwöhnung auf das Alkoholproblem eines Patienten aus?**
 Raucherentwöhnung wird seine Chancen auf Abstinenz wahrscheinlich:
 verringern vergrößern
- 58. Tabakabhängigkeit ist genauso eine Sucht wie Alkoholabhängigkeit.**
 lehne ab stimme voll zu
- 59. Es ist wichtiger, das Trinken aufzugeben als das Rauchen.**
 lehne ab stimme voll zu
- 60. Es ist schwerer, das Rauchen aufzugeben, als mit dem Trinken aufzuhören.**
 lehne ab stimme voll zu
- 61. Nichtraucher sind wahrscheinlich langfristig erfolgreicher in der Alkoholentwöhnungsbehandlung.**
 lehne ab stimme voll zu
- 62. Rauchen schädigt die Gesundheit.**
 lehne ab stimme voll zu
- 63. Nikotin verursacht Krebs.**
 lehne ab stimme voll zu

- 64. Wann wäre der günstigste Zeitpunkt für Ihre Patienten, mit dem Rauchen aufzuhören?** *(bitte nur 1 Antwort)*
 bei Orientierung/Aufnahme
 in den ersten 1-2 Behandlungswochen
 nach dem ersten Monat Abstinenz
 nach den ersten 3 Monaten Abstinenz
 nach den ersten 6 Monaten Abstinenz
 nach dem ersten Jahr Abstinenz
 nach den ersten 5 Jahren Abstinenz
 niemals

65. Wie sähe Ihrer Meinung nach die ideale Regelung zum Rauchen für Patienten aus?

- Rauchverbot im Gebäude:**
 komplett teilweise kein Verbot
- Rauchverbot im Gelände:**
 komplett teilweise kein Verbot

66. Wie sähe Ihrer Meinung nach die ideale Regelung zum Rauchen für Mitarbeiter aus?

- Rauchverbot im Gebäude:**
 komplett teilweise kein Verbot
- Rauchverbot im Gelände:**
 komplett teilweise kein Verbot

67. Beurteilen Sie bitte, was potentielle Barrieren bei der Einführung einer strengeren Tabakpolitik in Ihrer Klinik wären!

	ja	nein
Negative Einstellung der Angestellten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduzierte Mitarbeiterproduktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde Verfügbarkeit von Tabakentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedürfnisse des spezifischen Klientels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsratsvereinbarungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Unterstützung durch Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Akzeptanz seitens Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negative Einstellung der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Akzeptanz seitens Besucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Gründe/fehlende Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegungszahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H Förderung des Nichtrauchens/Aktivitäten

68. Im Klinikgebäude gibt es ausgewiesene Raucherzonen.

- ja nein weiß nicht

69. Aschenbecher sind ausschließlich in Raucherzonen zu finden.

ja nein weiß nicht

70. Im Klinikgebäude bzw. -gelände werden Tabakwaren verkauft oder befinden sich Zigarettenautomaten.

ja nein weiß nicht

71. Raucherzonen befinden sich an selten frequentierten Bereichen.

ja nein weiß nicht

72. Raucherzonen sind für Besucher sofort auffällig.

ja nein weiß nicht

73. Die Raucherbereiche sind effektiv von rauchfreien Bereichen abgetrennt.

ja nein weiß nicht

74. Personal, Besucher und Patienten werden durch Beschilderung über die Regelungen zum Nichtraucherschutz informiert. Rauchfreie Zonen sind klar ausgewiesen.

ja nein weiß nicht

75. In unserer Klinik herrscht eine Nichtraucherfreundliche Atmosphäre.

lehne ab stimme voll zu

76. In dieser Klinik wird Rauchern das Leben schwer gemacht.

lehne ab stimme voll zu

77. Unsere Klinikleitung setzt sich ganz stark für eine Nichtraucherfreundliche Klinik ein.

lehne ab stimme voll zu

I Engagement

78. Das Krankenhaus unterstützt Aktivitäten zur Förderung des Nichtrauchens auch außerhalb des Krankenhauses (z. B. in der Gemeinde/auf kommunaler Ebene)

ja nein weiß nicht

79. Die Klinik gehört zum Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser.

ja nein weiß nicht

80. In den letzten 12 Monaten wurde kostenloses Informationsmaterial zum Thema Rauchen in unserer Klinik ausgegeben/ausgelegt.

ja nein weiß nicht
 an Patienten
 an Mitarbeiter
 an Besucher

81. In Prospekten und auf der Internetseite der Klinik wird die Haltung zum Rauchen klar.

ja nein weiß nicht

82. Es existiert eine Gruppe bzw. ein Arbeitskreis an unserer Klinik, der sich mit dem Thema „Förderung des Nichtrauchens in der Klinik“ befasst.

ja nein weiß nicht

Wenn ja, beantworten Sie bitte noch diese Fragen:

Dieser wurde in letzten 12 Monaten installiert.

ja nein weiß nicht

Den Vorsitz dieser Arbeitsgruppe übernimmt die Klinikleitung.

ja nein weiß nicht

An dieser Gruppe nehmen teil:

	ja	nein	weiß nicht
Klinikleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter der Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Arbeitsgruppe hat in den letzten 12 Monaten

0 1-2 ≥ 3 weiß nicht

mal getagt.

Die Arbeitsgruppe verfügt über finanzielle und personelle Mittel.

ja nein weiß nicht

83. In den letzten 12 Monaten fand eine Personalbefragung zum Thema Rauchpolitik in unserer Klinik statt.

ja nein weiß nicht

84. Die Regelungen zum Rauchen werden jährlich überprüft und falls nötig überarbeitet.

ja nein weiß nicht

85. Die Effektivität der Tabakentwöhnungsangebote wird regelmäßig überprüft.

ja nein weiß nicht

86. Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Bekanntheitsgrad der genannten Aktivitäten Ihrer Klinik?

sehr niedrig sehr hoch

87. Wie hoch schätzen Sie die Akzeptanz der genannten Aktivitäten?

Bei der Klinikleitung

sehr niedrig sehr hoch

Bei den Mitarbeitern

sehr niedrig sehr hoch

Bei den Patienten

sehr niedrig sehr hoch

88. Wie bewerten Sie persönlich diese Arbeit?

gar nicht sinnvoll sehr sinnvoll

J Gesamtbewertung

89. Die Tabakpolitik in dieser Klinik ist insgesamt sehr streng.

lehne ab stimme voll zu

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

7.7 Fragebogen Patienten t0_M

IFT Institut für Therapieforschung

Parzivalstr.25, 80804 München

Patientenbefragung zum Rauchen

(Beginn des Klinikaufenthalts)

Bitte tragen Sie zuerst Ihren Code ein:

Erläuterungen zum Code

Die ersten beiden Stellen Ihres Codes bestehen aus den Anfangsbuchstaben Ihres Vor- und Nachnamens, die weiteren sechs Ziffern bestehen aus Ihrem Geburtsdatum.

Beispiel: Name: Luise Meier, geboren am 13.07.50 hat folgenden Code:

L	M	1	3	0	7	5	0
---	---	---	---	---	---	---	---

Teilnehmer-Code:

Initialen Vor- und Nachname		Tag Geburtsdatum	Monat	Jahr	

Heutiges Datum:

Tag	Monat	Jahr	

Klinikname: _____

Hinweis

Mit dieser Befragung nehmen Sie an einem großen Forschungsprojekt teil. Ein entsprechendes Infoblatt wurde Ihnen bereits ausgehändigt.

- Der Fragebogen erfasst Ihre gegenwärtige Lebenssituation, Ihr allgemeines Befinden und Ihr Rauchverhalten.
- Die Auseinandersetzung mit den Fragen ist eine gute Gelegenheit, sich über die gegenwärtige Situation genauere Gedanken zu machen.

Anonymität

- Ihre Angaben werden im Forschungsprojekt vollständig anonym behandelt.

Bearbeitung

- Es ist wichtig, alle Fragen zu beantworten.
- In der Regel ist eine Antwort anzukreuzen; Fragen, bei denen mehrere Antworten möglich sind, enthalten einen entsprechenden Hinweis.
- Wir bitten Sie um ehrliche Angaben. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Fragebogenrückgabe

- Geben Sie den Fragebogen Ihrem Therapeuten. Dieser wird den Bogen an das IFT München weitersenden.

A Angaben zur Person

1a. Ihr Geschlecht

- weiblich männlich

1b. Ihr Alter: Jahre

2. Welchen Schulabschluss haben Sie?

→ Bitte nur *eine* Angabe!

Wenn Sie mehrere Abschlüsse haben: Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Habe (noch) keinen Abschluss
 Volks-, Hauptschule ohne Abschluss
 Volks-, Hauptschule mit Abschluss
 Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife
 Polytechnische Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
 Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
 Abitur, allgemeine Hochschulreife, Erweiterte Oberschule (EOS)

3. Sind Sie gegenwärtig erwerbstätig? (Diese Frage bezieht sich auf die Zeit vor dem Klinikaufenthalt.)

- Ich bin nicht erwerbstätig (Hausfrau/-mann, Rentner)
 Ich bin in Vollzeit erwerbstätig
 Ich bin in Teilzeit erwerbstätig
 Ich bin arbeitssuchend/-los
 Sonstiges, bitte ausführen:

4. Ihr Familienstand:

- Ledig, ohne Partnerschaft
 Ledig, mit Partnerschaft
 verheiratet
 verheiratet, getrennt lebend
 eingetragene Lebenspartnerschaft
 geschieden
 verwitwet

5. Wie viele Ihrer Angehörigen, Freundinnen und Freunde rauchen?

- Alle Viele
 Einige Keine/r

B Fragen zum Rauchverhalten

6. Sind Sie zur Zeit:

- Raucher
 Gelegenheitsraucher
 Ex-Raucher
 Nichtraucher

7. Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 100 Zigaretten* geraucht?

- Ja ⇒ Bitte weiter mit Frage 8
 Nein ⇒ Bitte weiter mit Frage 31

8. Wann haben Sie zuletzt geraucht?

- heute
 gestern
 vorgestern
 länger her → und zwar
vor Tagen
vor Wochen
vor Monaten

Benutzen Sie bitte nur **eine** Zeitkategorie, also entweder Tage oder Wochen oder Monate

9. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage:

An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigaretten geraucht?

An Tagen

An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie da?

Zigaretten

10. Was rauch(t)en Sie hauptsächlich?

→ Bitte nur *eine* Angabe!

- Zigaretten
 Zigarren/Zigarillos
 Pfeife

11. Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben - wenn auch nur in kleinen Mengen - zu rauchen?

Ich war Jahre alt.

12. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?

- Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
 Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.
 Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
 Ich rauche seit weniger als sechs Monaten nicht mehr.
 Ich rauche seit mehr als sechs Monaten nicht mehr.

13. Wie häufig haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten bewusst versucht, für mindestens 24 Stunden nicht zu rauchen?

- Mal
 habe in den letzten 12 Monaten gar nicht geraucht → Ex-Raucher weiter mit Frage 31

Wenn hier von Zigaretten gesprochen wird, sind damit alle anderen Tabakwaren eingeschlossen.

14. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

- Innerhalb von 5 Minuten
 Innerhalb von 6 bis 30 Minuten
 Innerhalb von 31 bis 60 Minuten
 Nach mehr als 60 Minuten

15. Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino, etc.)?

- ja nein

16. Bei welcher Zigarette im Laufe des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen diese aufzugeben?

- die erste am Morgen
 andere

17. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- ja nein

18. Rauchen Sie, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- ja nein

C Fragen zum Thema Aufhören

19. Ich rauche gerne.

- Stimmt nicht Stimmt völlig

20. Ich möchte gerne Nichtraucher werden.

- Stimmt nicht Stimmt völlig

21. Ich bin zuversichtlich, dass ich innerhalb des nächsten Monats mit dem Rauchen aufhöre.

- Stimmt nicht Stimmt völlig

22. Ich bin innerlich bereit, mit dem Rauchen aufzuhören.

- Stimmt nicht Stimmt völlig

23. Ich halte es für wahrscheinlich, dass der Klinikaufenthalt mir dabei helfen wird, langfristig mit dem Rauchen aufzuhören.

- Stimmt nicht Stimmt völlig

24. Ein Rauchverbot in der Klinik würde mich ermutigen, mit dem Rauchen aufzuhören.

- Stimmt nicht Stimmt völlig

25. Ein Rauchverbot in der Klinik würde mir helfen, mit dem Rauchen aufzuhören.

- Stimmt nicht Stimmt völlig

26. Welche Gründe könnten Sie dazu bewegen, mit dem Rauchen aufzuhören?(mehrere Angaben möglich)

- Wegen meiner Gesundheit
 Es schmeckt mir nicht mehr/ Ich mag es nicht mehr.
 Rauchen ist nicht mehr gesellschaftsfähig.
 Aus ästhetischen und kosmetischen Gründen (Geruch, verfärbte Zähne)
 Ich möchte nicht abhängig sein.
 Ich möchte kontrollierter leben/Ich möchte mehr Kontrolle über mein Leben haben.
 Ich habe Angst, dass sich meine Lebenserwartung verringert.
 Ich habe Beschwerden, die mit meinem Rauchverhalten zusammenhängen.
 Mein Arzt hat mir gesagt, ich solle aufhören.
 Familie/Freunde wollen, dass ich aufhöre.
 Finanzielle Gründe (um Geld zu sparen)
 Die Sorge, um andere Menschen/ Ich möchte andere nicht gefährden.
 Sonstige Gründe:

27. Was sind mögliche Gründe dafür, dass Sie nicht aufhören? (mehrere Angaben möglich)

- Ich kann nicht zwei Süchte gleichzeitig aufgeben.
 Ich konzentriere mich darauf, alkoholabstinent zu werden.
 Rauchen hilft mir, mein Alkoholverlangen zu bewältigen.
 Ich stehe zuhause sehr unter Stress.
 Alle meine Freunde rauchen.
 Ich rauche, damit meine Stresssymptome nachlassen.
 Durch das Rauchen halte ich mein Gewicht konstant.
 Ich kann nicht ohne Zigaretten auskommen.
 Ich genieße das Rauchen.
 Ich rauche aus Spaß.
 Ich rauche, um den Kick zu bekommen.
 Ich habe nicht die Willenskraft aufzuhören.
 Rauchen hilft mir dabei, mich zu entspannen und positiv zu denken.

28. Ich würde Hilfe (Gespräch/Kurs/Medikamente/o. a.) in Anspruch nehmen, um mein Rauchverhalten zu ändern.

- Stimmt nicht Stimmt völlig

Wenn ja, welche Hilfe: (mehrere Antworten möglich)

- Informationsveranstaltung
- Gruppenprogramm
- Einzelberatung
- Hypnose
- Akupunktur
- Selbsthilfeprogramm (Buch, CD, Kasette, Video)
- Medikamente

D Rauchen in verschiedenen Situationen

29. Bitte geben Sie für die folgenden Situationen an, wie groß Ihre Sicherheit ist, auf das Rauchen verzichten zu können.

Wenn die Dinge nicht so laufen, wie ich es möchte und ich frustriert bin

unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich mit meinem Partner oder einem guten Freund zusammen bin und er/sie raucht

unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich über etwas oder jemanden sehr verärgert bin

unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich mich beim Kaffeetrinken entspanne und unterhalte

unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich morgens aufstehe

unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich spüre, dass ich eine Aufmunterung brauche

unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich mit Freunden auf einer Feier bin

unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich äußerst ängstlich und gestresst bin

unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn mir bewusst wird, dass ich eine Zeitlang nicht geraucht habe

unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

30. Die folgenden Aussagen beinhalten Sichtweisen über das Rauchen. Bitte geben Sie zu jeder Aussage an, wie wichtig diese für Ihre Entscheidung zu rauchen oder nicht zu rauchen ist.

Ich bin entspannt und daher umgänglicher, wenn ich rauche.

überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

Es bringt mich in Verlegenheit, dass ich rauchen muss.

überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

Mein Zigarettenrauch stört andere Menschen.

überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

Rauchen hilft mir, mich zu konzentrieren und besser zu arbeiten.

überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

Menschen denken, dass es unvernünftig von mir ist, Warnungen über das Zigarettenrauchen zu ignorieren.

überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

Zigarettenrauchen löst Anspannungen.

überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

E Klinikregeln zum Rauchen

31. Ich kenne die in der Klinik bestehenden Regelungen zum Rauchen.

Stimmt nicht Stimmt völlig

32. Ich kenne die Konsequenzen, die mich erwarten, wenn ich mich nicht an die Regelungen zum Rauchen halte.

Stimmt nicht Stimmt völlig

33. Ich finde die bestehenden Restriktionen und Regelungen bezüglich des Rauchens in der Klinik völlig übertrieben.

Lehne ab Stimme voll zu

34. Rauchen sollte hier strenger geregelt sein.

Lehne ab Stimme voll zu

35. Es gibt hier schon viel zu viele Regelungen zum Rauchen.

Lehne ab Stimme voll zu

36. In dieser Klinik herrscht eine nichtraucherfreundliche Atmosphäre.

Lehne ab Stimme voll zu

37. In dieser Klinik wird Rauchern das Leben schwer gemacht.

Lehne ab Stimme voll zu

38. Die Tabakpolitik in dieser Klinik ist insgesamt sehr streng.

Lehne ab Stimme voll zu

F Einstellungen zum Thema Rauchen

39. **Es stört mich, wenn andere in meiner Gegenwart rauchen.**
 Lehne ab Stimme voll zu
40. **Rauchende Patienten haben ein Recht darauf, während Ihres Klinikaufenthalts zu rauchen.**
 Lehne ab Stimme voll zu
41. **Eine Rauchverbotsregelung ist unmenschlich gegenüber den Rauchern.**
 Lehne ab Stimme voll zu
42. **Klinikmitarbeiter sollten überhaupt nicht rauchen, um den Patienten ein Vorbild zu sein.**
 Lehne ab Stimme voll zu
43. **Mitarbeiter sollten, unabhängig davon ob sie von Patienten gesehen werden könnten, rauchen dürfen.**
 Lehne ab Stimme voll zu
44. **Mitarbeiter mit Patientenkontakt sollten nicht nach Rauch riechen.**
 Lehne ab Stimme voll zu
45. **Raucherentwöhnung sollte meiner Meinung nach während des Klinikaufenthalts hohe Priorität haben.**
 Lehne ab Stimme voll zu
46. **Maßnahmen zum Thema Rauchen sollten für alle Raucher angeboten werden.**
 Lehne ab Stimme voll zu
47. **Maßnahmen zum Thema Rauchen sollten für alle Raucher verpflichtend sein.**
 Lehne ab Stimme voll zu
48. **Wie wirkt sich Tabakentwöhnung auf das Alkoholproblem eines Patienten aus?**
 Raucherentwöhnung wird seine Chancen auf Abstinenz wahrscheinlich:
 Verringern Vergrößern
49. **Tabakabhängigkeit ist genauso eine Sucht wie Alkoholabhängigkeit.**
 Lehne ab Stimme voll zu

50. **Es ist wichtiger, das Trinken aufzugeben als das Rauchen.**
 Lehne ab Stimme voll zu
51. **Es ist schwerer, das Rauchen aufzugeben, als mit dem Trinken aufzuhören.**
 Lehne ab Stimme voll zu
52. **Nichtraucher sind wahrscheinlich langfristig erfolgreicher in der Alkoholentwöhnungsbehandlung.**
 Lehne ab Stimme voll zu
53. **Rauchen schädigt die Gesundheit.**
 Lehne ab Stimme voll zu
54. **Nikotin verursacht Krebs.**
 Lehne ab Stimme voll zu
55. **Der günstigste Zeitpunkt, mit der Tabakentwöhnung zu beginnen, wäre:**
 bei Orientierung/Aufnahme
 in den ersten 1-2 Behandlungswochen
 nach dem ersten Monat Abstinenz
 nach den ersten 3 Monaten Abstinenz
 nach den ersten 6 Monaten Abstinenz
 nach dem ersten Jahr Abstinenz
 nach den ersten 5 Jahren Abstinenz
 niemals

56. **Wie sähe Ihrer Meinung nach die ideale Regelung zum Rauchen für Patienten aus?**
 Rauchverbot im Gebäude:
 Komplett Teilweise kein Verbot
 Rauchverbot im Gelände:
 Komplett Teilweise kein Verbot

G Fragen zum Alkoholkonsum

57. **Wegen welcher Diagnose werden Sie zurzeit in der Klinik behandelt? (mehrere Antworten möglich)**
 Alkoholabhängigkeit
 Medikamentenabhängigkeit
 Abhängigkeit von illegalen Drogen
 Pathologisches Spielen
 Psychosomatische Erkrankung
 Andere, und zwar: _____
58. **Wann haben Sie zuletzt Alkohol getrunken?**
 Vor Tagen

59. Wenn Sie an die letzten 30 Tage vor Beginn Ihrer Alkoholabstinenz denken, an wie vielen Tagen haben Sie ein alkoholisches Getränk getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen?

An Tagen

60. Wieder bezogen auf die letzten 30 Tage vor Beginn Ihrer Alkoholabstinenz:

An so einem Tag, an dem Sie Alkohol getrunken haben, wie viel Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen tranken Sie dann im Durchschnitt? (für nicht konsumierte Getränke „0“ eintragen)

Bier
kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 l)

Bier
große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

Wein/Sekt
Gläser (0,2 bis 0,25 Liter)

Spirituosen
kleine Gläser („Einfacher“ = 0,02 Liter)

Spirituosen
große Gläser („Doppelter“ = 0,04 Liter)

61. Wie stark war während der letzten sieben Tage Ihr Verlangen nach Alkohol im Durchschnitt?

Nicht vorhanden Sehr stark

62. Denken Sie bitte einmal an den Moment innerhalb der letzten sieben Tage zurück, als das Verlangen nach Alkohol am stärksten war. Wie stark war dieses Verlangen?

Nicht vorhanden Sehr stark

63. Wie viele stationäre Entzugsbehandlungen (Alkohol) haben Sie bereits hinter sich?

Behandlungen

64. Welche weiteren Drogen, neben Alkohol und Tabak, haben Sie im letzten Jahr konsumiert? (Mehrere Angaben sind möglich!)

- Medikamente (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel, Appetitzügler, Antidepressiva, Neuroleptika)
- Opiate (z.B. Codein, Opium, Morphinum), Heroin, Kokain
- Haschisch, Marihuana
- Ecstasy, LSD, halluzigene Pilze
- Amphetamine, Aufputschmittel
- Sonstiges, nämlich: _____

H Fragen zum Befinden

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben Tage bis heute**. Machen Sie bitte hinter jede Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

0 = überhaupt nicht 1 = ein wenig 2 = ziemlich 3 = stark 4 = sehr stark

	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...	0	1	2	3	4
1	Nervosität oder innerem Zittern					
2	Ohnmachts- und Schwindelgefühlen					
3	der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat					
4	dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind					
5	Gedächtnisschwierigkeiten					
6	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein					
7	Herz- oder Brustschmerzen					
8	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße					
9	Gedanken, sich das Leben zu nehmen					
10	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann					
11	schlechtem Appetit					
12	plötzlichem Erschrecken ohne Grund					

	<i>Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...</i>					
13	Gefühlsausbrüchen, denen Sie gegenüber machtlos waren	0	1	2	3	4
14	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
15	dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
16	Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
17	Schwermut	0	1	2	3	4
18	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
19	Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
20	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
21	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
22	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
23	Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
24	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
25	Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
26	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
27	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
28	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U- Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
29	Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
30	Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
31	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
32	Leere im Kopf	0	1	2	3	4
33	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
34	dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
35	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
36	Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
37	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
38	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
39	Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
40	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
41	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
42	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
43	Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
44	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
45	Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
46	der Neigung immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
47	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3	4
48	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistung durch andere	0	1	2	3	4
49	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht still sitzen können	0	1	2	3	4
50	dem Gefühl wertlos zu sein	0	1	2	3	4
51	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnützen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
52	Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
53	dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

I Fragen zur Unterstützung durch Andere

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen. Denken Sie nicht daran, welche Antwort den "besten Eindruck" macht, sondern versuchen Sie die Fragen Ihrem persönlichen Empfinden gemäß zu beantworten.

	<i>1 = trifft nicht zu 5 = trifft genau zu</i>				
	1	2	3	4	5
1. Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich einmal nicht da bin.					
2. Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.					
3. Meinen Freunden/Angehörigen ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.					
4. Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.					
5. Ich kenne einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.					
6. Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.					
7. Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.					
8. Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gerne ausgehe.					
9. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.					
10. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkaufen) für mich zu erledigen.					
11. Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.					
12. Ich fühle mich oft als Außenseiter.					
13. Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen.					
14. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.					
15. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.					
16. Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.					
17. Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.					
18. Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.					
19. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.					
20. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.					
21. Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps (z. B. guter Arzt, wichtige Informationen).					
22. Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.					

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

7.8 Fragebogen Patienten t1_p

A Fragen zum Rauchverhalten

1. Waren Sie zu Beginn des Klinikaufenthalts **Nichtraucher**?
- Ja, bin ich immer noch → *Weiter mit Frage 34*
- Ja, habe aber mit dem Rauchen angefangen → *Bitte weiter mit Frage 2*
- nein → *Bitte weiter mit Frage 2*
2. Wann haben Sie **zuletzt** geraucht?
- heute
- gestern
- vorgestern
- länger her → und zwar
- vor Tagen
- 3a. Bitte denken Sie jetzt nur an die **letzten 7 Tage**. An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht?
- An Tagen
- 3b. An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie da?
- Zigaretten

B Fragen zum Thema Aufhören

4. Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?
- Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.
- Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
- Ich rauche seit weniger als sechs Monaten nicht mehr.
- Ich rauche seit mehr als sechs Monaten nicht mehr.
5. Wie häufig haben Sie **in den vergangenen zwölf Monaten** bewusst versucht, für mindestens 24 Stunden nicht zu rauchen?
- Mal
6. Ich rauche gerne bzw. würde gerne wieder rauchen.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
7. Ich möchte gerne Nichtraucher werden bzw. bleiben.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig

8. Ich bin zuversichtlich, dass ich innerhalb des nächsten Monats mit dem Rauchen aufhöre bzw. Nichtraucher bleibe.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
9. Ich bin innerlich bereit, mit dem Rauchen aufzuhören.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
10. Ich halte es für wahrscheinlich, dass der Klinikaufenthalt mir dabei helfen wird, langfristig mit dem Rauchen aufzuhören bzw. Nichtraucher zu bleiben.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
11. Der Klinikaufenthalt hat mich zum Nachdenken über die Vorteile des Nichtrauchens motiviert.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
12. Der Klinikaufenthalt hat mich zum Nachdenken über mein Rauchverhalten motiviert.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
13. Der Klinikaufenthalt hat mich zum Ändern meines Rauchverhaltens motiviert.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
14. Das Konzept der Klinik zum Rauchen hat mir geholfen, mein Rauchverhalten zu ändern.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
- Falls Sie noch oder wieder Raucher sind, beantworten Sie bitte folgende Fragen: (→ falls Sie nicht mehr rauchen, weiter mit Frage 15)**
- Ich hätte gerne mit dem Rauchen aufgehört.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
- Wenn ich aufgrund des Klinikkonzepts hätte aufhören müssen, hätte ich es auch getan.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
- Wenn alle Patienten hätten aufhören müssen, hätte ich es auch geschafft.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig
- Mir ist klar geworden, dass ich eigentlich aufhören müsste.
-
- Stimmt nicht Stimmt völlig

23. Ich hatte das Gefühl, zum Verändern meines Rauchverhaltens gedrängt zu werden.
 Stimmt nicht Stimmt völlig

24. Wenn es allein meine Entscheidung gewesen wäre, hätte ich die Angebote zum Thema Rauchen nicht genutzt.
 Stimmt nicht Stimmt völlig

E Zufriedenheit mit Angebot

25. Ich habe die Art von Unterstützung zum Thema Rauchen erhalten, die ich wollte.
 Stimmt nicht Stimmt völlig

26. Die Maßnahme/n zum Thema Rauchen entsprachen meinen Bedürfnissen.
 Stimmt nicht Stimmt völlig

27. Ich würde einem Freund/einer Freundin die Angebote der Klinik zum Thema Rauchen empfehlen.
 Stimmt nicht Stimmt völlig

28. Ich bin mit dem Ausmaß an Hilfe zur Änderung meines Rauchverhaltens zufrieden.
 Stimmt nicht Stimmt völlig

29. Ich hätte mir gewünscht, mehr über das Rauchen zu erfahren.
 Stimmt nicht Stimmt völlig

30. Ich hätte mir gewünscht, mehr Hilfe beim Aufhören zu erhalten.
 Stimmt nicht Stimmt völlig

31. Ich hätte mir folgende weitere oder andere Maßnahmen zum Thema Rauchen gewünscht:

F Rauchen in verschiedenen Situationen

32. Bitte geben Sie für die folgenden Situationen an, wie groß Ihre Sicherheit ist, auf das Rauchen verzichten zu können.
 Wenn die Dinge nicht so laufen, wie ich es möchte und ich frustriert bin
 unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Sicher
 Wenn ich mit meinem Partner oder einem guten Freund zusammen bin und er/sie raucht
 unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich über etwas oder jemanden sehr verärgert bin
 unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich mich beim Kaffeetrinken entspanne und unterhalte
 unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich morgens aufstehe
 unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich spüre, dass ich eine Aufmunterung brauche
 unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich mit Freunden auf einer Feier bin
 unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn ich äußerst ängstlich und gestresst bin
 unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

Wenn mir bewusst wird, dass ich eine Zeitlang nicht geraucht habe
 unsicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sicher

33. Die folgenden Aussagen beinhalten Sichtweisen über das Rauchen. Bitte geben Sie zu jeder Aussage an, wie wichtig diese für Ihre Entscheidung zu rauchen oder nicht zu rauchen ist.

Ich bin entspannt und daher umgänglicher, wenn ich rauche.
 überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

Es bringt mich in Verlegenheit, dass ich rauchen muss.
 überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

Mein Zigarettenrauch stört andere Menschen.
 überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

Rauchen hilft mir, mich zu konzentrieren und besser zu arbeiten.
 überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

Menschen denken, dass es unvernünftig von mir ist, Warnungen über das Zigarettenrauchen zu ignorieren.
 überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

Zigarettenrauchen löst Anspannungen.
 überhaupt nicht wichtig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr wichtig

	<i>Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...</i>					
18	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
19	Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
20	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
21	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
22	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
23	Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
24	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
25	Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
26	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
27	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
28	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U- Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
29	Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
30	Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
31	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
32	Leere im Kopf	0	1	2	3	4
33	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
34	dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
35	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
36	Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
37	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
38	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
39	Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
40	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
41	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
42	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
43	Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
44	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
45	Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
46	der Neigung immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
47	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3	4
48	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistung durch andere	0	1	2	3	4
49	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht still sitzen können	0	1	2	3	4
50	dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
51	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnützen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
52	Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
53	dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!