

Master Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Public Health

Titel der Master Thesis

Unmittelbare und nachhaltige Effekte von Raucherentwöhnungsprogrammen in betrieblichen Settings Setting Schwerpunkt Krankenhaus

Verfasser

KARAKKATTIL Binu

Wissenschaftliche Betreuung

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Schoberberger

Institut für Sozialmedizin

Zentrum für Public Health

Studienkennzahl N 992 503

Matrikelnummer: 0150042

Wien, im August 2012

Vorwort und Danksagung

Das Wissen über die Auswirkungen von Tabakrauch ist weit verbreitet. Dennoch zählt Rauchen immer noch zu den gefährlichsten, vermeidbaren Gesundheitsrisiken. Im Rahmen des Master of Public Health konnte ich mein Interesse bezüglich der betrieblichen Gesundheitsförderung weiter ausbauen. Die Diskussion mit einer Teilnehmerin eines Tabakentwöhnungsprogrammes war letztlich der Zündstoff dafür mich näher mit der Thematik des „Outputs von Raucherentwöhnungsprogrammen“ zu befassen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich bei der Erstellung meiner Master Thesis in verschiedenster Art und Weise unterstützt haben.

Ich danke allen Mitarbeitern des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, die sich Zeit genommen haben, bei der Befragung teilzunehmen, um mir somit den praktischen Teil der Arbeit zu ermöglichen. Mein ganz spezieller Dank gilt dabei Herrn Dr. Jürgen Wallner, der mich während meines Internship und bei der Befragung unterstützt und Dr. Michael Weber, der mir bei der Auswertung der Ergebnisse mit dem SPSS-System geholfen hat.

Mein Dank gilt des weiteren Frau Prof. Dr. Anita Rieder und Herrn Prof. Dr. Rudolf Schoberberger für die wissenschaftliche Betreuung der Arbeit. Ich bedanke mich auch bei meinen Studiumkollegen und den Lehrgangleitungen.

Ein besonderer Dank auch an Barbara Kohlbauer, Anna Eder und Sandra Mader, für die gewissenhafte und wertvolle Durchsicht der Arbeit. Ein besonderen Dank an meine ArbeitskollegInnen und den Leitungen des Wiener Dialyse Zentrum GmbH. für das Verständnis und die Unterstützung.

Ich bedanke mich vor allem bei meiner Familie, die mir meine wertvolle Ausbildung ermöglicht und mir jederzeit den Rücken gestärkt hat .

Binu Karakkattil

Die Master Thesis wurde freundlicherweise unterstützt vom



Abstract

Background: Measures within a company pertaining to smoke prevention can be based on two strategies; firstly by supporting smokers to reduce smoking or to give it up completely and secondly by protecting non-smokers. A smoke-free hospital demands a dynamic process that is steadily approaching its goal. A policy was implemented with the objective to minimize the smoking prevalence of staff in hospital “Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien” (KKB Wien) with regard to its function as a role model and as part of promoting health awareness.

Question: What immediate and sustained effects does the smoking cessation policy have under the workplace health promotion in the KKB Wien and what measures shall be undertaken, in terms of health promotion to achieve a "smoke free hospital"? What factors influence the effects of a smoking cessation program for staff in the hospital setting?

Methodology: The processing of the defined issues takes place by analysing relevant studies from various countries and an empirical survey by interviewing the staff of the KKB Wien. The results are presented taking into account control parameters such as age, sex, profession, work areas, etc.

Results: The smoking prevalence among employees of the KKB Wien lies just above the 28.2% smoking prevalence of the total Austrian population. There is a high relapse rate in the first six months after completion of the smoking cessation programs. The majority of the staff asks for a smoke-free regulation that is adapted to smokers.

Conclusion: The study confirms the low participation in tobacco cessation programs. However, a smoke-free and healthy work environment is desired by all staff. Communication, motivation and continuous repetitions increase the interest and the number of participants in smoking cessation programs. Hereby, prejudices of smokers with regard to the effectiveness of cessation programs are invalidated, which increases the chances of reducing the high relapse rate.

Zusammenfassung

Hintergrund: Betriebliche Maßnahmen zur Raucherentwöhnung können anhand zweier Strategien erfolgen. Einerseits durch die Unterstützung der RaucherInnen, das Rauchen zu reduzieren oder gänzlich aufzugeben und andererseits durch den Schutz der NichtraucherInnen. Das „rauchfreie Krankenhaus“ ist ein dynamischer Prozess, bei dem man sich stetig dem eigentlichen Endziel annähert. Mit dem Ziel der Minimierung der Raucherprävalenz von KrankenhausmitarbeiterInnen im Sinne einer Vorbildfunktion und als Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde ein Entwöhnungsprogramm für die MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Wien konzipiert.

Fragestellung: Welche unmittelbaren und nachhaltigen Effekte hat das Raucherentwöhnungsprogramm im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien und mit welchen Maßnahmen ist das Ziel, im Sinne der Gesundheitsförderung „rauchfreies Krankenhaus“ zu erreichen? Welche Faktoren haben Einfluss auf die Effekte eines Raucherentwöhnungsprogrammes bei MitarbeiterInnen im Setting Krankenhaus?

Methodik: Die Bearbeitung der definierten Fragestellungen erfolgt unter Einbeziehung der dafür relevanten Studien aus verschiedenen Ländern und einer empirischen Erhebung durch Befragung der MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien. Unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen wie Alter, Geschlecht, Profession, Arbeitsbereiche etc. werden die Ergebnisse dargestellt.

Ergebnisse: Die Raucherprävalenz unter MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien liegt mit 28,2% knapp über der Raucherprävalenz der österreichischen Gesamtbevölkerung. Es besteht eine hohe Rückfallquote in den ersten sechs Monaten nach den Raucherentwöhnungsprogrammen. Der Großteil der MitarbeiterInnen wünscht sich eine Rauchfreie Regelung, die an die RaucherInnen angepasst ist.

Schlussfolgerung: Die Studie bestätigt die geringe Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogrammen. Ein rauchfreier und gesunder Arbeitsplatz wird jedoch von allen MitarbeiterInnen gewünscht. Kommunikation, Motivation und regelmäßige Wiederholungen steigern das Interesse und die Teilnehmerzahl an Raucherentwöhnungsprogrammen. Dadurch werden Vorurteile der RaucherInnen gegenüber der Wirksamkeit der Entwöhnungsprogramme entkräftet, was die Chancen erhöht, die hohen Rückfallquoten zu reduzieren.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung..... | 1 |
| 1.1 Fragestellung..... | 2 |
| 1.2 Methode zur Bearbeitung der Fragestellungen..... | 4 |
| 2. Theoretische Grundlagen..... | 5 |
| 2.1. Tabakkonsum in Österreich..... | 6 |
| 2.2. Nichtraucherenschutz..... | 9 |
| 2.3. Tabakentwöhnung..... | 10 |
| 2.4. Tabakentwöhnung: Krankenhäuser und KrankenhausmitarbeiterInnen..... | 13 |
| 2.5. Maßnahmen zur Reduzierung von Tabakkonsum im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien..... | 14 |
| 2.6. Rauchfreies Krankenhäuser Netzwerk..... | 15 |
| 2.6.1. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)..... | 16 |
| 2.6.2. European Network for Smoke-Free Hospitals (ENSH)..... | 18 |
| 2.6.2.1. Der Europäische Kodex für rauchfreie Gesundheitseinrichtungen | 19 |
| 2.6.2.2. Mitgliedschaft und Zertifizierung im ENSH..... | 20 |
| 2.6.3. Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG)..... | 21 |
| 2.7 Raucherprävalenz, Tabakentwöhnungsprogramme und rauchfreies Krankenhaus: Studien aus ausgewählten Ländern..... | 23 |
| 2.7.1. Studien aus Irland..... | 24 |
| 2.7.2. Studie aus Italien..... | 25 |
| 2.7.3. Studie aus Spanien..... | 26 |
| 2.7.4. Studien aus Großbritannien..... | 26 |
| 2.7.5. Studien aus den USA..... | 29 |
| 2.7.6. Studien aus Griechenland..... | 32 |
| 2.7.7. Studien aus Australien..... | 33 |

| | | |
|---------|---|-----------|
| 2.7.8. | Studie aus Polen..... | 34 |
| 2.7.9. | Studien aus Deutschland..... | 35 |
| 2.7.10. | Studien aus Österreich..... | 37 |
| 3 | Methode..... | 46 |
| 4 | Ergebnisse..... | 48 |
| 4.1 | Ergebnisse aus der Befragung: Bestandsaufnahme..... | 48 |
| 4.1.1 | Raucherprävalenz bei MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien..... | 48 |
| 4.2. | Ergebnisse aus der Befragung..... | 51 |
| 4.2.1. | Rauchfreies Krankenhaus..... | 51 |
| 4.2.2 | Rauchfrei-Regelungen..... | 54 |
| 4.2.3 | Beurteilung des Tabakentwöhnungsprogramms im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien..... | 60 |
| 5 | Diskussion..... | 75 |
| 5.1 | Raucherprävalenz bei KrankenhausmitarbeiterInnen..... | 75 |
| 5.2 | Schutz vor Passivrauchen..... | 77 |
| 5.3 | Tabakentwöhnungsprogramme im Setting Krankenhaus..... | 78 |
| 5.4 | Rauchverbot und rauchfreie Krankenhäuser..... | 81 |
| 6 | Limitations..... | 84 |
| 7 | Schlussfolgerung..... | 85 |
| | Literaturverzeichnis und Quellenverzeichnis | |
| | Tabellenverzeichnis und Abbildungsverzeichnis | |
| | Anhang | |
| | Eidesstattliche Erklärung | |

1. Einleitung

Auf Evidenz beruhende Studien zeigen den Wirkungsmechanismus von Tabakrauch auf den einzelnen Menschen. Auch kleinste Freisetzungen von Tabakrauch sind dabei von Bedeutung. Inhaltsstoffe des Tabakrauches sind Mitverursacher von vielen Erkrankungen, insbesondere von Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen und Erkrankungen der Atemwege (vgl. U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Der Konsum von Tabak ist in Industrieländern, wie auch Österreich, die bedeutendste Ursache von vermeidbaren Krankheiten und Todesfällen. Durch eine Verringerung des Tabakkonsums könnte ein hoher Zugewinn an Lebenszeit und -qualität erreicht werden (vgl. Walter, 2007). Dazu ist ein gemeinsam koordiniertes Eintreten für Entwicklung und Implementierung von Strategien zur Tabakkontrolle notwendig (vgl. Crosbie, 2010).

Die Schäden aus der Passivrauchexposition sind bekannt. Europaweit starben daran im Jahr 2002 insgesamt an die 79.500 Personen, und in Österreich sterben pro Jahr 1029 Personen an passiver Rauchexposition (vgl. Smoke Free Partnership, 2007).

Betriebliche Maßnahmen zur Raucherentwöhnung können auf zwei Strategien basierend erfolgen. Einerseits durch die Unterstützung der RaucherInnen, das Rauchen zu reduzieren oder gänzlich aufzugeben und andererseits durch den Schutz der NichtraucherInnen, z. B. durch Einschränkungen der Raucherzonen oder das Verbot des Rauchens in öffentlichen Räumen (vgl. Grande.G., 2006).

Über betrieblich angebotene Raucherentwöhnungsprogramme kann man eine große Anzahl von RaucherInnen direkt erreichen. Eine professionelle und vor allem kontinuierliche Unterstützung der MitarbeiterInnen rauchfrei zu werden oder rauchfrei zu bleiben sowie die Motivation junger MitarbeiterInnen zur Teilnahme an gesundheitsfördernden oder Präventionsprogrammen, kann nicht nur für den Arbeitnehmer, sondern auch für den Arbeitgeber Vorteile mit sich bringen.

Entscheidende Faktoren für den Erfolg von Tabakentwöhnungsprogrammen sind in jeder Einrichtung die Unterstützung durch die Führungsebene, eine kontinuierliche Weiterverfolgung und wiederholte Anpassung dieser Programme sowie eine entsprechende Werbung dafür (vgl. Andrews Jr., 1983).

Rauchfreie Arbeitsplätze liegen im Interesse von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Laut Goecke will jeder dritte Raucher und jede dritte Raucherin mit dem Rauchen aufhören. Ein sinnvoll strukturiertes Vorgehen mit einem Entscheidungsprozess, an dem möglichst viele MitarbeiterInnen beteiligt sind, erleichtert die Umsetzung des gesetzlich vorgesehenen betrieblichen Nichtraucherschutzes. Die Unterstützung der RaucherInnen, die den Tabakkonsum einstellen möchten, kann durch betriebliche Angebote zu einer langfristigen Senkung der Raucherquote führen. Studien zeigen, dass vor allem die kombinierte Anwendung von verhaltenstherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen zu einer besseren Erfolgsquote führt (vgl. Goecke M., 2004). Die Kombinationen von First-Line-Medikamenten ist wirksamer als Einzelmedikation und reduziert Entzugserscheinungen (vgl. Schoberberger, 2012).

Das „rauchfreie Krankenhaus“ ist ein dynamischer Prozess, in dem man sich stetig dem eigentlichen Endziel annähert. Die Umsetzung ist nur dann möglich, wenn wirklich alle Personengruppen im Krankenhaus sich daran beteiligen. Der Kodex des Europäischen Netzwerkes rauchfreier Krankenhäuser besagt:

„Krankenhäuser sind für Behandlung, Forschung, Schulung und Vorbeugung zuständig. Dies gilt auch im Bereich des Kampfes gegen den Tabakkonsum.“ (ENSH , 29. November 2011)

1.1. Fragestellung:

Die Tatsache, dass Tabakkonsum ein großes Gesundheitsrisiko für den Menschen darstellt, ist bekannt. Dennoch gibt es immer noch eine große Anzahl an RaucherInnen und unfreiwilligen PassivraucherInnen. Eine Unterstützung bei der Tabakentwöhnung ist aus diesem Grund dringend erforderlich. Angehörigen der Gesundheitsberufe, die auch eine Vorbildfunktion innehaben, kommt dabei eine überaus wichtige Rolle zu.

KrankenhausmitarbeiterInnen stellen durch einen hohen Stresspegel, die unterschiedlichen Dienstzeitformen und die emotionalen Herausforderungen durch engen Kontakt mit anderen Menschen eine besondere Risikogruppe für den Tabakkonsum dar. Hinzu kommt, dass innerhalb der Berufsgruppen der Geschlechteranteil unterschiedlich verteilt ist. Diese Risikogruppe verdient besondere Aufmerksamkeit und dringende Unterstützung bei der Tabakentwöhnung. Verbote alleine sind keine Lösung. Notwendig sind Hilfestellungen für RaucherInnen, die ihren Tabakkonsum verringern oder beenden wollen. Routinemäßige,

wissenschaftlich geprüfte und kostengünstige Programme in regelmäßigen Abständen sind notwendig, um eine bessere Langzeitwirkung zu erzielen.

Die Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen und Informationsaustausch zwischen Organisationen, die mit diesem Thema beschäftigen sind, erleichtern den Weg zum Ziel. Kooperationen auf regionalen, nationalen und internationalen Ebenen sind ebenso wichtig wie die Erforschung und Entwicklung neuer Richtlinien und Strategien.

KrankenhausmitarbeiterInnen haben größtenteils das Grundwissen über die Schäden durch den Tabakkonsum und sind eine Gruppe von Personen, die in der Klinik leichter zu erreichen sind. Trotz der Angebote von Gesundheitsförderungsprogrammen und einer gewissen Partizipation daran bleibt deren Wirkung sehr begrenzt.

In der vorliegenden Arbeit werden das Rauchverhalten der KrankenhausmitarbeiterInnen, die Effektivität der Tabakentwöhnungsprogramme und die Schwierigkeiten in der Umsetzung von „rauchfreien Krankenhäusern“ zusammengefasst. Damit wird versucht, folgende Fragen zu beantworten:

- *Was sind die unmittelbaren und nachhaltigen Effekte von Raucherentwöhnungsprogrammen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien?*
- *Welche Faktoren lösen einen Einfluss auf die Raucherentwöhnungsprogramme bei KrankenhausmitarbeiterInnen aus?*
- *Mit welchen Maßnahmen ist das Ziel „rauchfreies Krankenhaus“ im Sinne der Gesundheitsförderung zu erreichen?*

Ziel dieser Studie ist die Erhebung der Faktoren, die das Rauchverhalten der MitarbeiterInnen im Krankenhaus beeinflussen und deren Nutzen für das Konzipieren von zukünftigen Raucherprogrammen in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus mit dem Ziel des „rauchfreien Krankenhauses“.

1.2. Methode zur Bearbeitung der Fragestellungen

Die vorliegende Master Thesis gliedert sich in zwei Abschnitte .

Der erste Teil dieser Arbeit befasst sich mit einer umfassenden Literaturrecherche. Es erfolgt eine Darstellung weltweit vorliegender Studien über Raucherentwöhnungsprogramme im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, Setting Krankenhaus und über das Projekt „rauchfreies Krankenhaus“.

Im zweiten Teil wird eine empirische Erhebung durch Befragung der MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien durchgeführt. Unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen wie Alter, Geschlecht, Profession, berufliche Position etc. sollen sowohl die unmittelbaren als auch die nachhaltigen Effekte von Raucherentwöhnungsprogrammen auf die TeilnehmerInnen und das Setting Krankenhaus erhoben werden.

Basierend auf theoretischen Grundlagen und Ergebnissen aus der empirischen Erhebung sind die Antworten zu den Fragestellungen dargestellt.

2. Theoretische Grundlagen

Um die Relevanz und Bedeutung des Themas auf nationaler sowie internationaler Ebene besser darstellen zu können, wurden zunächst Informationen über den Tabakkonsum in Österreich, dem Nichtraucherschutz, die Maßnahmen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien und das „rauchfreie Krankenhaus Netzwerk“ gesammelt und beschrieben. Diese Informationen stammen hauptsächlich von der Webseite der jeweiligen Organisation oder von den angegebenen Quellen. Die Quellenangaben sind im jeweiligen Kapitel zu finden.

Um die Rauchgewohnheiten, die Raucherprävalenz bei KrankenhausmitarbeiterInnen und die Effektivität von Raucherentwöhnungsprogrammen besser darstellen zu können, wurde eine ausführliche Literaturrecherche betrieben.

Nach der Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und Google Scholar zu Rauchgewohnheiten und Tabakentwöhnung bei KrankenhausmitarbeiterInnen wurden die gefundenen Studien zusammengestellt.

Suchbegriffe waren „Smoking habits“, „Hospital workers“, „Smoking cessation programs“ und „Smokefree hospitals“. Eine systematische statistische Auswertung der Ergebnisse ist durch Unterschiede im Studienaufbau, in den Studienzeiten, durch die unterschiedliche Anzahl der Studienteilnehmer und aufgrund der verschiedenen Studienziele nicht möglich. Jedoch sind Studien mit vergleichbaren Ergebnissen und mit unterstützenden Aussagen in der vorliegenden Arbeit kurz zusammengefasst und mit den Befragungsergebnissen aus meiner Untersuchung verglichen worden. Diese ergeben einen Überblick von verschiedenen Parametern im internationalen Vergleich.

Studien vor dem Jahr 1990 und Studien in Fremdsprachen, außer Englisch, wurden nicht berücksichtigt. Studien mit vergleichbaren Ergebnissen und Studien, die verschiedene Länder betreffen, wurden bevorzugt. Meinen Recherchen zufolge konnte keine Studie mit Daten über Raucherprävalenz und Rauchgewohnheiten der österreichischen KrankenhausmitarbeiterInnen gefunden werden. Daten aus der im Juni 2006 in sechs österreichischen Krankenhäusern durchgeführten MitarbeiterInnenbefragung im Rahmen des Projektes „MitarbeiterInnengesundheit und ihre Determinanten im Setting

Krankenhaus“ sind inkludiert. Das Projekt wurde vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur (bm:bwk) durchgeführt. Die hier präsentierten Daten zum Rauchverhalten der betreffenden Personen wurden freundlicherweise vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research zur Verfügung gestellt.

2.1. Tabakkonsum in Österreich

Die Gesundheitsbefragung von 2006/07 liefert zahlreiche Informationen über die Gesundheitsdeterminanten der österreichischen Bevölkerung. Nahezu ein Viertel aller ÖsterreicherInnen im Alter ab 15 Jahren rauchen täglich. 19% der Frauen und 28% der Männer ab dem 15. Lebensjahr sind Raucher. Insgesamt rauchen weniger Frauen als Männer. In der Altersgruppe von 15- 29 Jahren haben die Frauen eine besonders hohe Raucherprävalenz von 29% gegenüber den Männern mit 32%. Junge Männer und Frauen in der Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren rauchen am häufigsten, d.h. 34% der Frauen und 36 % der Männer täglich (vgl. Klimont et al. 2007).

In den letzten Jahrzehnten stieg der Anteil an RaucherInnen an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich an, aber der konkrete Prozentsatz der RaucherInnen nahm stetig ab. Allerdings sinkt der Anteil der Rauchenden erst mit zunehmendem Alter. Die Auswirkungen, wie Neuerkrankungen und auch Sterblichkeit an Lungenkrebs, nehmen bei Frauen zu. Die Anzahl der Männer, die mit dem Rauchen aufgehört haben, steigt ab dem 45. Lebensjahr. Im 60. Lebensjahr haben 40% der Männer, bei den 75-Jährigen hat jeder zweite Mann mit dem Rauchen aufgehört. Bei Frauen wirkt sich die Alterspopulation in Bezug auf Raucherabstinenz geringer aus. Diese haben allerdings erst oft nach dem Jugendalter mit dem Rauchen begonnen (vgl. Klimont et al. 2007).

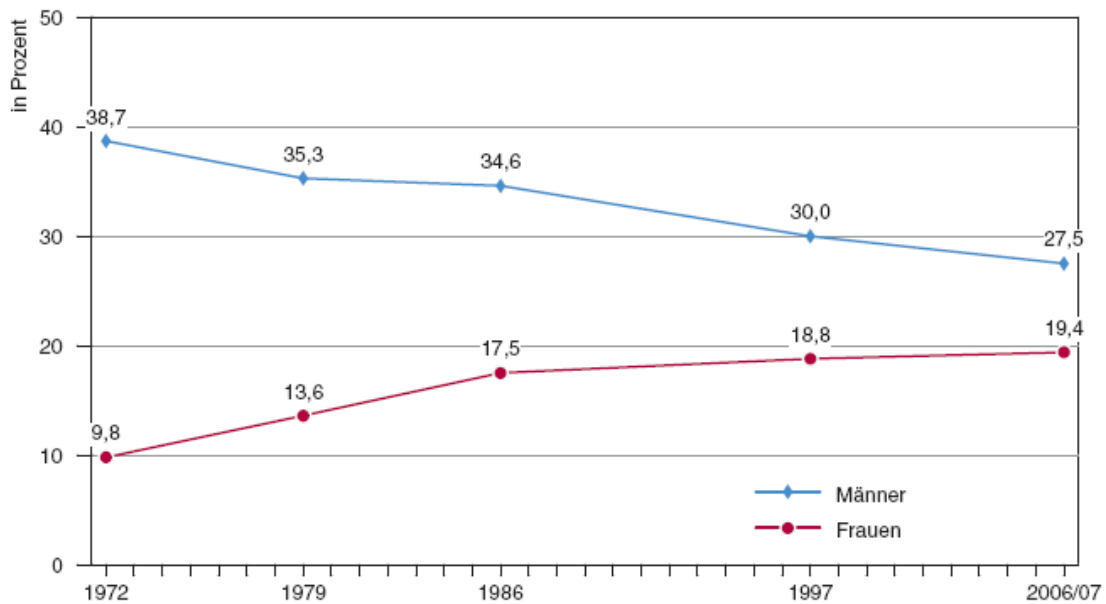


Abbildung.1: Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung ab 16 Jahren (Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007)

Nach der Erhebung über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (Health Behaviour in School- aged Children- HBSC), rauchen in Österreich, Finnland, Ungarn, Tschechien und Italien Kinder häufiger als in anderen OECD Ländern. In Österreich ist der Anteil an wöchentlich Tabak konsumierenden 15 Jährigen bei 20%, im Vergleich zu 10% oder weniger in den USA, Kanada oder Schweden (WHO/HBSC, 2008).

Laut den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2006/07 beginnen 6% der RaucherInnen im Alter von 13 Jahren und rund 25 % im Alter von 15 Jahren zu rauchen. Damit ist Österreich an der dritten Stelle in der Raucherprävalenz bei 15 jährigen Jugendlichen in Europa, nach Grönland und Bulgarien (Statistik Austria, 2011).

Der Tabakkonsum hat sich in den letzten Jahrzehnten für beide Geschlechter unterschiedlich entwickelt.

In den 70er Jahren haben 39% der männlichen und 10% der weiblichen Bevölkerung geraucht. Über die Jahre nahm bei Männern der Anteil der täglichen Raucher kontinuierlich ab und liegt bis zum Jahr 2006 bei 27%. Bei den Frauen zeigte sich ein gegenläufiger Trend. Der Anteil der Raucherinnen stieg kontinuierlich an und betrug im

Jahr 2006 19%. Besonders in der Altersgruppe zwischen 15 und 30 Jährigen hat der Raucheranteil zugenommen (vgl. Klimont et al. 2007).

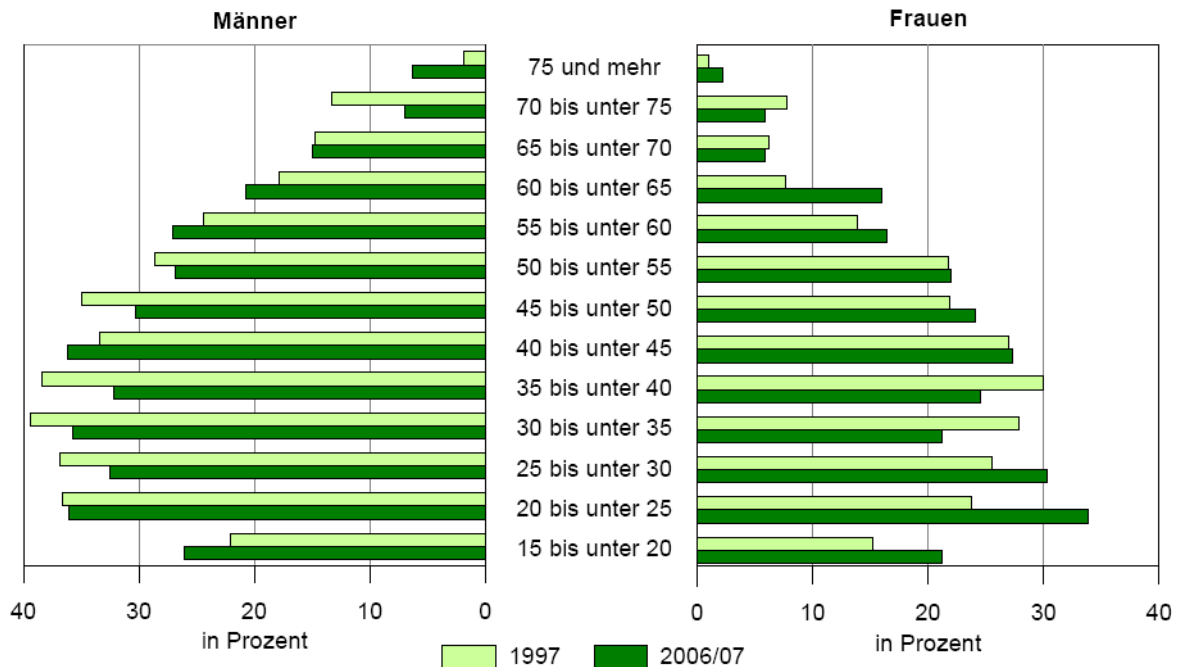


Abbildung 2: Anteil der täglich Rauchenden nach Alter und Geschlecht in den Jahren 1997 und 2006/07 (Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07)

Die Art der beruflichen Tätigkeit (einfache manuelle Tätigkeit, Landwirtschaft), Arbeitslosigkeit sowie Bildung beeinflussen die Wahrscheinlichkeit des täglichen Rauchens. Ebenso erweist sich das Alter als starker Einflussfaktor auf das Rauchverhalten: Das Risiko täglichen Rauchens nimmt mit zunehmendem Alter stark ab, bei Frauen stärker als bei Männern (vgl. Klimont et al., 2008).

21% der österreichischen Bevölkerung ist es gelungen mit dem Rauchen aufzuhören. Da die Frauen seltener rauchen, ist der Anteil an Ex-Raucherinnen (16%) niedriger als der der Ex-Raucher (26%).

Nahezu die Hälfte der Männer (48%) und Frauen (45%), die je geraucht haben, haben mit dem Rauchen aufgehört. Mit dem Lebensalter steigt der Anteil der Ex-Raucher und Ex-Raucherinnen.

In Österreich sind etwa 10% der nichtrauchenden Bevölkerung durch Passivrauchen gefährdet, bei Jugendlichen sind sogar 22% davon betroffen. Auch wenn nur für einen begrenzten Zeitraum, so ist doch jeder vierte Österreicher und jede vierte Österreicherin an seinem/ihrer Arbeitsplatz Tabakrauch ausgesetzt (vgl. Klimont et al. 2007).

2.2. Nichtrauchererschutz

Rauchen wird als ein Public Health Problem diskutiert. In vielen europäischen Ländern ist das Rauchen in der Öffentlichkeit vollständig verboten, nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch in der Freizeit. Ein vollständiges Tabakverbot wird zunehmend wahrscheinlicher. In den letzten zwei Jahrzehnten haben wir im Bereich Tabakkontrolle einen großen Fortschritt gemacht und wir sind bereits in der Phase neue Ziele setzen zu können. Länder wie Finnland und Neuseeland planen sogar komplette Tabakfreiheit jeweils bis 2025 und 2040 (vgl. Glantz, 2012).

Die Nichtraucherbestimmungen in der Tabakgesetznovelle 2004, BGB1. I Nr. 167/2004, wurden verstärkt, um die Bevölkerung vor gesundheitlichen Belastungen des Passivrauchens im öffentlichen Raum zu schützen. Seit Jänner 2005 ist Rauchen in geschlossenen öffentlichen Räumen grundsätzlich verboten. Unter einem „öffentlichen Ort“ im Sinne des Tabakgesetzes ist jeder Ort, der von einem nicht von vornherein beschränkten Personenkreis ständig oder zu bestimmten Zeiten betreten werden kann, zu verstehen. Darunter fallen insbesondere auch alle Gesundheitseinrichtungen.

Als vom Rauchverbot ausgenommen können Einrichtungen gelten, die über eine ausreichende Anzahl von Räumlichkeiten verfügen, d.h. Räume werden genau gekennzeichnet, in denen das Rauchen gestattet ist. Es muss aber gewährleistet sein, dass der Tabakrauch nicht in den vom Rauchverbot erfassten Bereich dringt und das Rauchverbot dadurch nicht umgangen wird. Somit besteht seit Jänner 2005, mit einzelnen Ausnahmen, ein gesetzliches Rauchverbot an geschlossenen, öffentlichen Orten (vgl. Verwaltungsgerichtshof, 2012).

Der Schutz von Arbeit- bzw. DienstnehmerInnen vor den Einwirkungen des Rauchens an ihrem Arbeitsplatz ist in verschiedenen Arbeit- bzw. DienstnehmerInnenschutzgesetzen geregelt. Der Schutz der NichtraucherInnen am Arbeitsplatz in Österreich ist in § 30 des

ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes 1994 (ASchG) und § 30 des Bundesbedienstetenschutzgesetzes 1999 (B-BSG) geregelt. Weiteres sind in § 4 Abs.6 des Mutterschutzgesetzes 1979 (MSchG) und in jeweiligen Bedienstetenschutzgesetzen und Landarbeitsordnungen des Landes die wichtigsten Normen zum diesem Thema angeführt.

NichtraucherInnenschutz in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen im Sinne des Tabakgesetzes wurde im Rahmen der Novelle BGBl. I Nr. 122/2006 zum Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (BGBl. Nr. 1/1957) verschärft.

Gemäß § 6 Abs.1 lit. e leg.cit. hat die Anstaltenordnung festzulegen, in welchen Räumen das Rauchen gestattet ist.

Sollte in Österreich das Ziel auf diesem vorerst beschrrittenen Weg als nicht erreicht erscheinen, sind weitere Schritte bereits vorgezeichnet. Auf EU-Ebene wird versucht, im Bereich des NichtraucherInnenschutzes Verbesserungen zu erzielen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

2.3. Tabakentwöhnung

Lichtenschopf bezeichnet die Tabakabhängigkeit als die Entstehung einer chronischen Erkrankung für viele RaucherInnen. Einerseits ist das Rauchen selbst eine abhängig machende Erkrankung, andererseits entwickeln mindestens 50% der RaucherInnen eine tabakassoziierte Organerkrankung, die zum vorzeitigen Tod führen kann. Wie bei anderen chronischen Erkrankungen, etwa Hypertonie, Diabetes Mellitus oder Asthma, ist es möglich, mit einer einmaligen therapeutischen Intervention der Erkrankung für das gesamte weitere Leben Einhalt zu gebieten. Eine Rauchertherapie berücksichtigt den wiederholten Rückfall und entwickelt gemeinsam mit den RaucherInnen Strategien zur endgültigen Bewältigung des Problems. Dafür benötigen RaucherInnen ein wiederholtes Therapieangebot, für einige ist eine lebenslange Unterstützung erforderlich. Nikotin ist eine abhängig machende Substanz. Es reicht daher nicht aus, Verbote und Warnungen auszusprechen. Durch Sanktionen allein kann diese Abhängigkeit nicht wirksam bekämpft werden.

Notwendig sind ebenfalls Hilfestellungen für RaucherInnen, die ihren Konsum beenden wollen. Zwei Aspekte, die bei vielen RaucherInnen die Entscheidung zum Aufhören und

deren Umsetzung erschweren, sind Angst vor Gewichtszunahme und Co-Abhängigkeit von Alkohol (vgl. Lichtenschopf, 2012).

Der Grund für einen Rauchstopp ist immer unterschiedlich und individuell zu betrachten. Für einen Großteil der Ex-RaucherInnen sind Sorgen vor möglichen gesundheitlichen Schäden, bestehende gesundheitliche Beschwerden oder die steigenden Zigarettenpreise der entscheidende Grund mit dem Rauchen aufzuhören.

Tabakentwöhnung durch jede Art von ExpertInnen im Gesundheitssystem oder durch mehrere verschiedene Professionen erhöhen die Abstinenzraten im Vergleich zu Interventionen, an denen einseitig ExpertInnen im Gesundheitssystem beteiligt sind. Die Behandlung durch jede einzelne Berufsgruppe ist deutlich effektiver als Selbsthilfematerialien. Genauso wichtig ist die Zusammenarbeit der verschiedensten Berufsgruppen in der Tabakentwöhnung. Studien kommen zu dem Ergebnis, dass sich die Abstinenzrate erhöht, wenn mehr als eine Berufsgruppe von ExpertInnen im Gesundheitssystem in die Behandlung mit eingebunden ist – im Vergleich zu Interventionen ohne ExpertInnen im Gesundheitssystem oder nur einer Berufsgruppe. Tabakentwöhnungsmaßnahmen, die gemeinsam in unterschiedlichen Settings angeboten werden, erhöhen die Abstinenzraten und sollten deshalb empfohlen werden (vgl. Meingassner et al. 2012).

2005 hat die Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) die Standards der Raucherentwöhnung publiziert. Nach vielen Neuerungen in der Tabakentwöhnung und nach neuen wissenschaftlichen Studien sind diese Standards von mehreren Experten überarbeitet worden. Aus diesen Standards heraus sind die Richtlinien der Tabakentwöhnung in kurzer und übersichtlicher Form entstanden. Diese Richtlinien zeigen die wissenschaftliche Evidenz der einzelnen Maßnahmen in der Tabakentwöhnung auf.

Die zehn Hauptempfehlungen, die für die Umsetzung der Tabakentwöhnung besonderes wichtig sind, lauten wie folgt :

- Tabakabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung, die wiederholte Interventionen notwendig macht und unter Umständen viele Anläufe zum Rauchstopp erfordert. Die wirksame Therapie zur signifikanten Verbesserung der Langzeitabstinenz ist vorhanden.
- ExpertInnen der Gesundheitsberufe sollen regelmäßige Erhebungen des Rauchstatus dokumentieren und Tabakentwöhnung für jeden Raucher, jeder Raucherin empfehlen.

- Die Behandlung der Tabakabhängigkeit ist über eine große Bandbreite der Population hinweg effektiv.
- Kurzbehandlung der Tabakabhängigkeit ist wirksam.
- Einzel-, Gruppen- und Telefonberatung sind effektiv und die Wirksamkeit steigt mit der Behandlungsintensität.
- Die zahlreichen Medikamente, die zur Behandlung der Tabakabhängigkeit vorhanden sind, sind wirksam oder deren Kombination und unter Ausnahmen der Schwangerschaft, einsetzbar.
- Medikamentöse Behandlung erhöht die Wirksamkeit von Beratung als Behandlung der Tabakabhängigkeit.
- Rauchertelefone sind wirksam und haben eine breite Erreichbarkeit und werden daher empfohlen.
- Motivationsfördernde Maßnahmen bei RaucherInnen, die aktuell nicht bereit sind ihr Rauchverhalten einzustellen, sind einzusetzen .
- Einsetzung der als wirksam eingestuften Behandlungen und Medikamente in der Behandlung der Tabakabhängigkeit, um klinisch wirksame Effizienz und deren Kostenrahmen zu erhalten (vgl. Lichtenschopf, 2012).

Tabakkonsum und die damit verbundenen Gesundheitsgefahren gehören zu den größten vermeidbaren Todesursachen weltweit. Tabakentwöhnung ist daher ein wichtiges Angebot in der Prävention und Therapie vieler Krankheiten, sowohl auf körperlicher, als auch auf psychischer Ebene.

Eine Reduktion der Erreichbarkeit von Tabakprodukten, die Erhöhung der Tabakpreise, regelmäßige Aufklärung durch Kampagnen über die giftige Wirkung von Tabak und dem Aktiv- aber auch Passivrauchen in der Schwangerschaft sollten wichtige Themen für die Prävention von Tabakkonsum sein. Mehrere Therapieversuche und geduldiges Begleiten sind entscheidend für den Erfolg und eine nachhaltige Verbesserung des Rauchverhaltens (vgl. Lesch, 2007).

2.4. Tabakentwöhnung: Krankenhäuser und Krankenhausmitarbeiter

Durch das Angebot von betrieblichen Tabakentwöhnungsprogrammen können viele innerbetriebliche RaucherInnen direkt erreicht werden. Um das Ziel, die Rauchfreiheit, zu erlangen und diese auch beizubehalten, sowie junge MitarbeiterInnen zu motivieren, an gesundheitsfördernden und präventiven Projekten teilzunehmen, ist eine durchgehende, professionelle Unterstützung unabdingbar.

Tabakkonsum hat eine sehr bedeutsame Auswirkung auf die Gesundheit von Menschen als Individuum und auf Public Health. Angehörige der Gesundheitsberufe haben dabei eine besondere Verantwortung zu tragen. Gesundheitseinrichtungen haben die Möglichkeit, durch Rauchverbote und rauchfreie Krankenhäuser eine symbolische Botschaft an die Öffentlichkeit zu übermitteln (vgl. Wheeler et al. 2007).

Das „rauchfreie Krankenhaus“ ist ein dynamischer Prozess, in dem man sich stetig dem eigentlichen Endziel annähert. Die Erreichung ist nur dann möglich, wenn wirklich alle Personengruppen im Krankenhaus daran teilnehmen. Der Kodex des Europäischen Netzwerkes Rauchfreier Krankenhäuser besagt: „Krankenhäuser sind für Behandlung, Forschung, Schulung und Vorbeugung zuständig. Dies gilt auch im Bereich des Kampfes gegen den Tabakkonsum.“(ENSH, 2003)

2.5. Maßnahmen zur Reduzierung von Tabakkonsum im

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

Das allgemeine öffentliche Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien wurde 1614 gegründet und ist das älteste, noch in Betrieb stehende Spital Wiens. Neben dem Krankenhaus mit 411 Betten befinden sich im 2. Wiener Bezirk die Österreichische Ordenszentrale der Barmherzigen Brüder, die Pflegeakademie, eine Apotheke und eine Klosterkirche. Im Krankenhaus werden jährlich rund 30000 stationäre und 130.000 ambulante Patienten betreut. Mit der kostenlosen Betreuung von rund 130.000 Patienten jährlich steht das Ordenskrankenhaus in der Gesundheitsversorgung Wiens und besonders im 2. Wiener Gemeindebezirk im Mittelpunkt.

Rund 200 MitarbeiterInnen aus dem medizinischen Bereich und 430 MitarbeiterInnen aus der Krankenpflege sorgen rund um die Uhr für eine hochqualitative medizinische und pflegerische Behandlung, unterstützt von über 60 MitarbeiterInnen des Medizinisch Technischen Dienstes (MTD) und mehr als 100 MitarbeiterInnen des Wirtschaftsdienstes.

21 MitarbeiterInnen sorgen für die reibungslose Funktion der Krankenhaus- und der öffentlichen Apotheke und über 100 MitarbeiterInnen arbeiten auf verschiedensten Verwaltungsebenen. Inspiriert vom Charisma des Ordensgründers, des Hl. Johannes von Gott, sorgen die neun Ordensmitglieder für Gastfreundschaft und freundliche Begleitung während des Krankenhausaufenthalts.

In Summe sind 253 männliche und 643 weibliche Personen für das gesamte Krankenwohl verantwortlich.

Mit dem Ziel der Minimierung der Raucherprävalenz von KrankenhausmitarbeiterInnen, im Sinne einer Vorbildfunktion für andere Häuser und als Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung, wurde ein Entwöhnungsprogramm für die MitarbeiterInnen konzipiert. Neben der Reduzierung von räumlichen Rauchmöglichkeiten umfasst das Konzept eine kostenlose Beratung, ein Seminar sowie die medikamentöse Therapie mit Nikotinpflaster oder -kaugummi.

Im Krankenhausgebäude gilt ein allgemeines Rauchverbot mit Ausnahme von beschilderten Räumlichkeiten. Früher gab es in jeder Abteilung einen Raucher- und einen Nichtraucher-Aufenthaltsraum. Zusätzlich gab es Rauchmöglichkeiten in der Cafeteria, auf den Balkonen, im Mitarbeitersozialraum, vor dem Eingang und im Gelände allgemein.

Eine Reduzierung dieser Räumlichkeiten wurde im Laufe der Zeit durchgeführt. Die Raucherentwöhnungsprogramme, inklusive kostenfreier Nikotinersatzpräparate, wurden vom Betriebsrat und vom Orden finanziert.

2.6. Rauchfreies Krankenhäuser Netzwerk

Krankenhäuser haben für die Bekämpfung des Tabakkonsums eine zentrale Bedeutung. Nach den einleitenden Sätzen des Kodex des European Network for Smoke-free Healthcare Services (ENSH) sind Krankenhäuser dazu verpflichtet, bei der Reduzierung des Tabakkonsums und seinen schädlichen Gesundheitsfolgen eine wichtige Aufgabe zu erfüllen.

Diese Aufgabe besteht nicht nur darin, zum Schutz der Nichtraucher für eine rauchfreie Umgebung zu sorgen. Sie sind auch dazu verpflichtet, Raucher bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen. Dies gilt sowohl für PatientInnen als auch für das Krankenhauspersonal. Das rauchfreie Krankenhaus soll keine Diskriminierung von rauchenden PatientInnen oder Beschäftigten darstellen, sondern vielmehr Anlass und Chance sein, den Rauchstopp gezielt zu fördern. Hierfür kann das Krankenhaus die nötige Motivation geben. Mit stark eingeschränkten Möglichkeiten zum Rauchen, einer umfassenden Information über die Gesundheitsgefahren und mit Tabakentwöhnungsangeboten kann der erste Schritt zur Rauchfreiheit erleichtert werden (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, 2012).

Kontinuierlicher Informationsaustausch und Kommunikation auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene steigern die Effektivität und Erfolgsquote im Kampf gegen den Tabakkonsum. Das von der WHO initiierte Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), das European Network for Smoke-Free Healthcare Services (ENSH) auf europäischer Ebene und die österreichischen Netzwerke gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) zählen zu den wichtigsten Einrichtungen in diesem Bereich.

2.6.1. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)

Nachdem World Health Assembly im Jahr 2003 WHO FCTC ins Leben gerufen hat, haben 168 Nationen die Mitgliedschaft unterschrieben und seit 27 Februar 2005 ist die WHO FCTC weltweit das größte Netzwerk in Bezug zum Tabakkonsum. FCTC ist der erste internationale Public Health Vertrag, der unter der Schirmherrschaft der WHO gegründet wurde. Die FCTC haben als Hauptziel: gesundheitliche, gesellschaftliche, umweltrelevante und wirtschaftliche Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu verhindern. Der Tabakkonsum soll weltweit reduziert werden. Dieses Konzept beinhaltet kosten- und steuerbezogene Maßnahmen sowie nicht-kostenbezogene Maßnahmen:

- Schutz vor Exposition von Tabakrauch
- Regelung der Inhaltsstoffe von Tabakprodukten
- Regelung der Tabakproduktangaben
- Regelung für Verpackung und Beschriftung
- Einschulung, Training, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit
- Werbung und Sponsoring durch die Tabakindustrie
- Alle Maßnahmen zur Reduzierung der Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung
- Regelungen betreffend der Verfügbarkeit des Tabakangebots.

Weiters sind in den Vertragsvorschriften ein Verbot zum illegalen Tabakgeschäft und Tabakverkauf an Jugendliche inkludiert. (WHO/FCTC, 2012)

Die Richtlinien zur Implementierung von Konventionsvorschriften werden von den Mitgliedstaaten gemeinsam entwickelt. Diese müssen gemeinsam die nationalen Rechtsvorschriften und deren genannte Ziele einhalten. Sie haben sich zu folgenden Maßnahmen verpflichtet.

- Entwicklung nationaler Strategien zur Reduzierung des Tabakgebrauchs
- Die Maßnahmen vor die kommerziellen Interessen der Tabakindustrie stellen
- Förderung nationaler Forschungsprogramme
- Entwicklung von Aufklärungsprogrammen, besonderes für Jugendliche

- Errichtung einer Datenbank in Bezug auf das Tabakgesetz (Smoke free Partnership, 2008)

Praktischer Codex der Tabakkontrolle für Organisationen der Gesundheitsberufe

Um die Verminderung des Zigarettenkonsums aktiv mitzugestalten und die Tabakkontrolle auf regionaler, nationaler und globaler Ebene auf die Tagesordnung der öffentlichen Gesundheit zu setzen, stimmen die Organisationen der Gesundheitsberufe überein, dass sie:

1. Vorbildfunktion übernehmen: Ihre Mitarbeiter ermutigen und unterstützen, Tabakwaren nicht zu verwenden und sich für eine rauchfreie Lebensweise einzusetzen.
2. Erhebung führen: über die Rauchgewohnheiten der Mitarbeiter und ihre Haltung zur Tabakkontrolle.
3. Rauchfreier Arbeitsplatz: Ihre eigenen Büros und Veranstaltungen rauchfrei halten.
4. Tabakkontrolle: als Thema in gesundheitsbezogenen Kongressen und Konferenzen.
5. Raucherberatung: PatientInnen und KlientInnen regelmäßig nach ihrem Tabakkonsum und ihrer Passivrauchexposition befragen und Beratung zum Rauchstopp anbieten.
6. Curriculum: Tabakkontrolle im Lehrplan der Gesundheitsberufe miteinbeziehen.
7. Aktive Beteiligung am Weltnichtrauchertag.
8. Jegliche Unterstützung durch die Tabakindustrie ablehnen.
9. Kooperation mit der Tabakindustrie oder deren Partnerorganisationen vermeiden.
10. Tabakverkauf und Werbung dieser Produkte im eigenen Gebäude/Gelände verbieten.
11. Die Regierungen bei der Unterzeichnung, Ratifizierung und Implementierung des WHO-FCTC unterstützen.
12. Finanzielle und andere Mittel für die Tabakkontrolle zur Verfügung stellen.
13. Teilnahme an Netzwerken von Gesundheitsexperten für Tabakkontrolle.
14. Kampagnen für rauchfreie öffentliche Einrichtungen unterstützen.

Angenommen und unterzeichnet durch die Teilnehmer des informellen WHO-Meetings über Gesundheitsberufe und Tabakkontrolle. Genf, 28-30 Januar 2004 (WHO, 2012)

2.6.2. European Network for Smoke-Free Healthcare Services (ENSH)

ENSH ist ein unabhängiges, internationales Netzwerk für rauchfreie Gesundheitseinrichtungen, entstanden im Jahre 1997 im Rahmen eines EU-Projektes. Hauptziele sind Strategien für Tabakentwöhnungen in allen tabakfreien Gesundheitseinrichtungen zu entwickeln sowie Standards und Richtlinien durch Austausch von Informationen und Erfahrung zu implementieren. Heute ist ENSH ein globales Netzwerk mit über 1300 Krankenhäusern in 20 Ländern Europas und verbindet über eine Million KrankenhausmitarbeiterInnen indirekt.

Gesundheitseinrichtungen, die in Zukunft rauchfrei werden möchten, finden Unterstützung und Hilfe bei ENSH direkt oder bei zu ENSH gehörenden lokalen Netzwerken. Unterlagen und Hilfsmaterialien sind in verschiedenen europäischen Sprachen erhältlich. Beim ersten Schritt handelt es sich um eine Bestandsaufnahme, gefolgt von Vorbereitungen für die Implementierung von notwendigen Änderungen und die Überwachung und Implementierung eines kontinuierlichen Systems der Evaluation. Partizipation von MitarbeiterInnen und Integration von Rauchfreistrategien mit anderen Krankenhausstrategien sind weiters entscheidend für den Erfolg.

Nach diesem Kodex der ENSH verpflichten sich Krankenhäuser dazu, bei der Reduzierung des Tabakkonsums und seinen schädlichen Gesundheitsfolgen aktiv mitzuwirken. Ihre Aufgabe besteht nicht nur darin, zum Schutz der Nichtraucher für eine rauchfreie Umgebung zu sorgen. Sie verpflichten sich außerdem, Raucher bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen. Dies gilt sowohl für PatientInnen als auch für das Krankenhauspersonal. Gesundheitseinrichtungen haben die Möglichkeit, durch die lokalen Netzwerke der rauchfreien Krankenhäuser oder direkt bei ENSH Mitglied zu werden und sich zertifizieren zu lassen. Die Mitglieder verpflichten sich zur Umsetzung des europäischen Kodex in ihren Einrichtungen und zum Erfahrungsaustausch innerhalb des Netzwerkes (vgl. ENSH, 2009).

2.6.2.1. Der Europäische Kodex für rauchfreie Gesundheitseinrichtungen

- **Engagement:** Alle EntscheidungsträgerInnen beteiligen, Rauchfrei-Arbeitsgruppen benennen, jegliche Unterstützung durch Tabakindustrie ablehnen.
- **Kommunikation:** Hausinterne Strategieentwicklung und Maßnahmenplanung, Information an alle MitarbeiterInnen und PatientInnen.
- **Schulung&Training:** Trainingsprogramm für MitarbeiterInnen zur Tabakentwöhnung und sinnvoller Umgang mit rauchenden PatientInnen.
- **Tabakentwöhnung:** Maßnahmen zur Erfassung der Raucher und Unterstützung bei der Tabakentwöhnung. Nachbetreuung auch nach der Entlassung.
- **Rauchfreiheit:** Rauchverbot im gesamten Gebäude und dem zugehörigen Gelände.
- **Umfeldgestaltung:** Klare Rauchfrei-Beschilderung und Einschränkung der Anreize zum Rauchen (zum Beispiel Entfernung von Tabakautomaten und Aschenbechern).
- **Gesunder Arbeitsplatz:** Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit aller MitarbeiterInnen.
- **Gesundheitsförderung:** Teilnahme und Unterstützung an Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens in der Region.
- **Überprüfung der Umsetzung:** Kontinuierliche Überprüfung der Aktivitäten zur rauchfreien Gesundheitseinrichtung, um damit die Qualität und Weiterentwicklung zu sichern.
- **Langfristige Umsetzung:** Jährliche Selbsteinschätzung nach den ENSH Standards (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, 2012).

2.6.2.2. Mitgliedschaft und Zertifizierung im ENSH

Die Zertifizierung erfolgt nach dem oben genannten, in zehn Standards formulierten Europäischen Kodex für rauchfreie Gesundheitseinrichtungen, je nach Erfüllungsgrad auf den Level Gold, Silber oder Bronze.

Die Zertifikate haben eine Gültigkeit von zwei Jahren. Die Verlängerung der Mitgliedschaft und der Zertifikate erfordert die Teilnahme an der jährlichen Selbsteinschätzung. Die Zertifizierung soll die Weiterentwicklung und die Verbesserung von Angeboten der Tabakentwöhnung und den Gesundheitsschutz vor Tabakrauch motivieren.

Mitgliedschaft: Sie ist eine Verpflichtung des Managements. Selbsteinschätzung und Benennung eines Ansprechpartners sind notwendig.

Bronze: Voraussetzung für die Auszeichnung mit dem Bronze Zertifikat ist eine Verpflichtung des Managements, eine Arbeitsgruppe für das Projekt "rauchfrei" zu schaffen und Strategien für die Umsetzung und Kommunikation unter den Mitarbeitern zu entwickeln.

Silber: Voraussetzung ist die Umsetzung der Standards 1 bis 10 des Internationalen Kodex zu 75%. Das Gebäude ist rauchfrei und rauchen ist ausschließlich in gekennzeichneten Außenbereichen erlaubt. Die externe Einschätzung durch eine ENSCH nominierte Person ist notwendig.

Gold: Die vollständige Umsetzung der ENSH Standards und eine komplette Rauchfreiheit im Gebäude sowie auf dem zugehörigem Gelände sind Voraussetzung. Ein systematisches Tabakentwöhnungsprogramm mit regelmäßiger Überwachung der Strategien muss gewährleistet sein (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, 2012).

2.6.3. Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder

Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG)

Das Österreichische Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) wurde im Jahr 1996 als Teil des Health Promoting Hospitals, als ein internationales Projekt der WHO, gegründet. Das internationale Netzwerk „Health Promotion Hospitals“ (HPH) wurde im Jahr 1990 auf Grundlage des WHO Modellprojekts von 1989 „Gesundheit und Krankenhaus“ von der WHO gegründet. Das Hauptziel dieses Netzwerks ist die Gesundheitsförderung von PatientInnen, MitarbeiterInnen und der Bevölkerung dieser Region. Von den insgesamt 235 bis 2002 in das Projekt des HPH miteinbezogenen MitarbeiterInnen waren 91 (38%) für die Veränderung ihrer Lebensstile. Hier wiederum lag der Schwerpunkt bei Rauchprogrammen, gefolgt von Bewegungs-, Ernährungs- und Alkoholpräventionsprojekten. Von 91 lebensstilbezogenen Projekten haben fast die Hälfte das Thema „Rauchen“ mitbearbeitet. Alle Mitgliedskrankenhäuser des Gesundheitsfördernden Krankenhäuser Netzwerkes sind verpflichtet, eine hausspezifische Tabak-Richtlinie zu verkünden. Die Maßnahmen in diesen Projekten variieren von einfacher Verteilung von Informationsbroschüren bis hin zu totalem Rauchverbot im Krankenhaus (vgl. Dietscher et al. 2002).

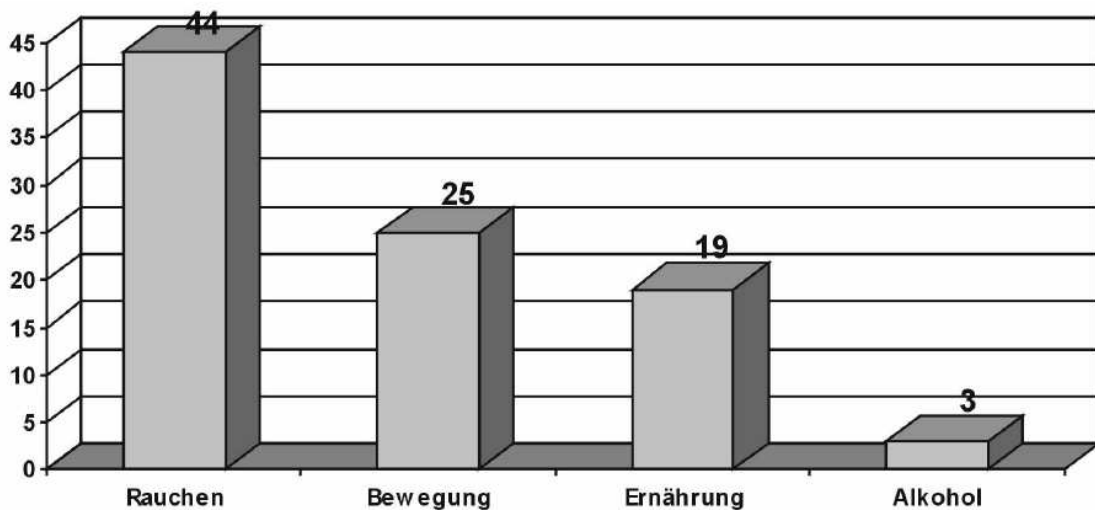


Abbildung 3: Lebensstilbezogene Projekte für MitarbeiterInnen von HPH

(n=91; Mehrfachnennungen waren möglich) (Dietscher et al. 2002)

In Österreich ist ONGKG das zuständige Netzwerk für rauchfreie Einrichtungen. Gesundheitseinrichtungen haben die Möglichkeit, durch ONGKG im European Network for Smokefree Hospitals Mitglied zu werden oder sich zertifizieren zu lassen. Derzeit haben folgende Krankenhäuser in Österreich eine Zertifizierung im ENSH:

Einrichtungen in Österreich mit Silberzertifizierung:

- Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
- Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz

Einrichtungen in Österreich mit Bronzzertifizierung:

- Christian-Doppler Klinik – Landesnervenklinik Salzburg
- Landesklinik St. Veit
- Landeskrankenhaus Salzburg – St. Johannis-Spital
- Landeskrankenhaus Klagenfurt
- Krankenanstalt der Stadt Wien Rudolfstiftung
- Krankenhaus der Elisabethinen Linz
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
- Kaiserin-Elisabeth-Spital Wien

(ONGKG, 2012)

2.7. Raucherprävalenz, Tabakentwöhnungsprogramme und rauchfreies Krankenhaus: Studien aus ausgewählten Ländern

Rauchverbote in Gesundheitseinrichtungen richten sich nach zwei Kernzielen. Als Erstes gilt es, über die Gefahr von Tabakkonsum eine klare Botschaft zu übermitteln. Das zweite Ziel ist der Schutz der Patienten und des Krankenhauspersonals vor dem Passivrauch. Darüber hinaus werden hohe Reinigungskosten im Krankenhausbereich verringert und sogar ein Feuer ausbruch in den Räumen kann weitgehend verhindert werden (vgl. McKee et al., 2003).

Während einer Krankheit und deren Heilungsprozesses zeigen Raucher mehr Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören. Um die Beratung und Informationen an die Patienten glaubwürdig zu halten, sollten die Beratenden/Gesundheitsexperten möglichst selbst Nichtraucher sein (vgl. Hussain et al., 1993).

Rauchfreie Arbeitsplätze schützen einerseits die Nichtraucher vor dem Passivrauch, andererseits motivieren sie die Raucher, ihren Tabakkonsum zu reduzieren. In einer Studie aus Australien, Canada, den USA und Deutschland betonen Fichtenberg und Glantz, dass die Implementierung eines vollkommen rauchfreien Arbeitsplatzes zur Folge hat, dass die Raucherprävalenz um 3,8% reduziert wird und Raucher um 3,1 Zigaretten pro Tag weniger konsumieren. Die Anzahl der „neuen Nichtraucher“ und die Reduzierung von gerauchten Zigaretten ergaben zusammen ein Minus von 29% des Tabakkonsums pro Mitarbeiter. Total rauchfreie Arbeitsplätze haben ungefähr doppelt so viel Erfolg wie rauchfrei gekennzeichnete Raucherzonenarbeitsplätze in Bezug auf Raucherprävalenz und auch auf Tabakkonsum (vgl. Fichtenberg & Glantz, 2002).

Themenrelevante Studien aus verschiedenen Ländern werden im folgenden Kapitel kurz zusammengefasst.

2.7.1. Studien aus Irland

Irland war das erste Land, in dem seit März 2004 das Rauchen in Gebäuden am Arbeitsplatz gesetzlich verboten wurde. Dabei wurden auch Krankenhausgebäude mit eingeschlossen. Seit Jänner 2009 ist das St Vincent's Hospital Dublin komplett rauchfrei, inklusive dem dazugehörigen Gelände. Eine Studie von Fritzpatrik et al. aus dem Jahr 2009 ergab die Evidenz basierte Bestätigung dieser Entscheidung, sowohl für die Raucherprävalenz von MitarbeiterInnen als auch für PatientInnen im quantitativen Sinn.

Im Zeitraum zwischen 1977 und 2006 zeigen die PatientInnen eine konstante Raucherprävalenz, die der KrankenhausmitarbeiterInnen ist sogar fallend. Die Raucherprävalanz der KrankenhausmitarbeiterInnen liegt im Jahr 2006 bei 17.8% im Vergleich zu 27.4% im Jahr 1997/98 (Anhang 6). KrankenhausmitarbeiterInnen haben die Rauchmöglichkeiten außerhalb des Betriebsgeländes eher genutzt als PatientInnen oder BesucherInnen.

88% der PatientInnen und 81% der MitarbeiterInnen stimmen einem Rauchverbot innerhalb der Gebäude zu, im gesamten Gelände befürworten jedoch nur 59% der PatientInnen und 52% der MitarbeiterInnen ein Rauchverbot (Anhang 7).

Die Studien zeigen, dass Unterstützung bei der Tabakentwöhnung für rauchende MitarbeiterInnen sowie Unterstützung und Training für MitarbeiterInnen, die mit rauchenden PatientInnen beschäftigt sind, einen sehr hohen Stellenwert haben. Es ist auch wichtig, dass die Raucher nicht ungerecht behandelt werden. Die aufhörwilligen MitarbeiterInnen haben deshalb Nikotinersatzpräparate kostenlos zur Verfügung gestellt bekommen (vgl. Fritzpatrik et al., 2009).

Eine Studie der Raucherprävalenz bei Krankenschwestern und Pflegern im Universitäts-spital Corck, Süd Irland, berichtet über einen Raucheranteil von 21%. Davon sind 80,4% am überlegen, mit dem Rauchen aufzuhören. Durchschnittlich 3,9 Mal haben die RaucherInnen versucht das Rauchen aufzugeben. RaucherInnen und Ex-RaucherInnen haben als wichtigsten Grund aufzuhören die Sorge um ihre Gesundheit deklariert. Von 23% Ex-RaucherInnen haben mehr als 75% „Cold Turkey“ als die effektivste Methode zum Aufhören genannt. 63% der TeilnehmerInnen an dieser Studie haben sich mehr Einschulung und Training in der Tabakentwöhnung gewünscht und sich als PatientInnen für Entwöhnungsprogramme bereit erklärt (vgl. Donovan, 2008).

2.7.2. Studie aus Italien

In einer Querschnittsstudie von Ficarra et al. im Jahr 2010 mit dem Ziel, die Raucherprävalenz bei KrankenhausmitarbeiterInnen und deren Einsicht und Verhalten zum Thema Tabakkonsum einzuschätzen, wurden Daten von sieben Spitälern aus verschiedenen Regionen Italiens gesammelt und ausgewertet. MitarbeiterInnen aus allen Berufsgruppen im Krankenhaus sind in dieser Studie inkludiert (Anhang 8).

Mit 44% RaucherInnen hatten die KrankenhausmitarbeiterInnen einen doppelt so hohen Raucheranteil wie die gesamte Bevölkerung (22%). Die Autoren berichten, dass die MitarbeiterInnen in der Küche, in den Toilettenräumen und auch in Patientenzimmern rauchen. (Anhang 9) Eventueller Arbeitsstress erscheint als eine bedeutsame Begründung. 18,5% der Untersuchten waren Ex-RaucherInnen. 46% der Befragten haben Rauchen als weniger gesundheitsschädlich als die Schäden durch Industrie und Verkehr eingeschätzt. 68% dieser KrankenhausmitarbeiterInnen betrachten sich persönlich in einer Vorbildfunktion gegenüber den RaucherInnen und auch Rauchverbot im Krankenhaus hätte ihrer Meinung nach eine vorbildliche Wirkung.

15% der befragten RaucherInnen waren bereit, mit dem Rauchen aufzuhören, 71% denken darüber nach und 14% lehnen einen Entzug für sich ab. Über 55% haben Raucherentwöhnungsprogramme als nicht wirksam beurteilt, die restlichen Befragten halten eine Nikotinersatztherapie und Gruppentherapien für effektive Therapien. Laut der Autoren bestünde eine große Notwendigkeit, Trainingsprogramme für das Krankenhauspersonal zu erstellen um die Möglichkeit einer Beteiligung an Tabakentwöhnungsprogrammen zu erhöhen und die Betroffenen zu unterstützen. Zu solchen Trainingsprogrammen zählen auch die Curricula während der medizinischen, krankenschwägerischen und pharmazeutischen Studiausbildung (vgl. Ficarra et. al., 2010).

2.7.3. Studie aus Spanien

In Spanien wurde von Fernàndz et al. im Jahr 2008 die passive Exposition von Tabakrauch in öffentlichen Krankenhäusern untersucht.

Dabei wurde die Nikotinkonzentration in der Raumluft vor und nach der Implementierung eines Tabakverbots in Krankenhäusern analysiert. In Spanien ist seit Jänner 2006 das Rauchen in öffentlichen Gebäuden mit Ausnahme von gekennzeichneten Raucherräumen verboten. In 44 Spitälern wurde die Nikotinkonzentration in der Raumluft vor dem Rauchverbot im Zeitraum von September bis Dezember 2005 und ein Jahr später nach der Implementierung der neuen Tabakregelungen von September bis Dezember 2006 gemessen. Mit einer durchschnittlichen Nikotinkonzentration von $0,10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ aus 131 gemessenen Werten im Jahr 2006 war die Reduktion der Konzentration im Vergleich zum durchschnittlichen Wert im Jahre 2005 von $0,23 \mu\text{g}/\text{m}^3$ aus 191 gemessene Werten deutlich gesunken (Anhang 10). Diese Reduktion der Nikotinkonzentration in der vorhandenen Raumluft zeigt die Auswirkung von Rauchverbotsstrategien im Krankenhaussetting und auch die direkte Reduktion der Exposition von Passivrauch sehr deutlich. Trotz einer erhöhten Nikotinkonzentration im Eingangsbereich, der Cafeteria und den Wartezonen vor den Intensivstationen und im Stiegenhaus empfinden die Autoren die durchschnittliche Senkung der Nikotinkonzentration als einen Erfolg der neuen Antirauchstrategien (vgl. Fernàndez et al., 2008).

2.7.4. Studien aus Großbritannien

Die folgenden vier, als relevant eingestuften Studien zum Thema Rauchverbot im Krankenhaus, Mitarbeiterwünsche und Effektivität des Rauchverbots stammen aus dem Vereinigten Königreich Großbritannien.

Davies & Rajan untersuchten im Jahr 1989 im Llandough Hospital Wales die Rauchgewohnheiten der MitarbeiterInnen und deren Stellung zum Rauchverbot im Krankenhaus und berichten von folgenden Ergebnissen. 663 (70%) von 949 MitarbeiterInnen haben an dieser Studie freiwillig teilgenommen und 136 (23%) haben davon angegeben, dass sie rauchen. 135 MitarbeiterInnen hatten das Rauchen bereits erfolgreich aufgegeben und 388 (59%) der Befragten waren NichtraucherInnen (Anhang 11).

Die Mehrheit der Befragten (81-94% abhängig vom Arbeitsbereich) wünschten sich mehr Nichtraucherzonen für MitarbeiterInnen, BesucherInnen und PatientInnen. Mehr als 50% dieser Personen wünschten sich trotzdem gekennzeichnete Raucherzonen, um den heimlichen Tabakgenuss zu vermeiden und das Brandsicherheitsrisiko nicht zu erhöhen (Anhang 12). Ohne solche Raucherzonen würden die RaucherInnen auf die verbotenen Zonen heimlich zurückgreifen, was gefährliche Folgen haben könnte. Mehr als 25% der rauchenden MitarbeiterInnen haben sich bereit erklärt, sich das Rauchen abzugewöhnen (vgl. Davies&Rajan, 1989).

Strobl & Latter haben im Jahr 1998 die Effekte von absolutem Rauchverbot auf die Rauchgewohnheiten von KrankenpflegemitarbeiterInnen und ihre Einstellung zum Rauchverbot im Krankenhaus untersucht.

Neun Monate nach der Implementierung eines absoluten Rauchverbots in einem britischen Lehrkrankenhaus war keine signifikante Änderung im Tabakkonsum der KrankenpflegemitarbeiterInnen zu verzeichnen. Die RaucherInnen haben zwar angegeben, dass das Rauchverbot ein Impuls zum Versuch war, mit dem Rauchen aufzuhören. Der durchschnittliche Tabakkonsum ist dabei von 5,3 Zigaretten pro Tag auf 4,7 Zigaretten pro Tag zurückgegangen, was die Autoren statistisch nicht signifikant finden. Drei von 31 Befragten (9,7%) haben zwischen drei und fünf Monate nach der Implementierung mit dem Rauchen aufgehört, zwei davon berichteten, dass die neue Rauchstrategie eine große Rolle gespielt hat. 80% der RaucherInnen wünschten ihr Rauchverhalten zu ändern oder aufzugeben und mehrheitlich wurde daran geglaubt, dass Selbstbestimmung eine effektive Methode sei. Laut Meinung der Autoren war der entscheidende Faktor für diese ernüchternden Ergebnisse die Non-compliance und fehlende Partizipation der MitarbeiterInnen an dieser Strategie. Wieder einmal zeigt sich, dass Unterstützungen notwendig sind, um eine Verhaltensänderung zu bewirken (vgl. Strobl& Latter, 1998).

Seit Dezember 2006 gilt in allen UK National Health Services Rauchverbot. Damit haben die NHS MitarbeiterInnen die Möglichkeit, in einem rauchfreien Arbeitsklima zu arbeiten. Gleichzeitig haben sie auch die unterstützende Aufgabe dafür zu sorgen, dass die Einrichtungen rauchfrei bleiben. Bis zu diesem Zeitpunkt durften die MitarbeiterInnen, PatientInnen und BesucherInnen in dazu vorgesehenen Räumen oder auf dem Gelände rauchen.

Shipley & Allcock berichten von folgenden Ergebnissen einer Befragung über die Schwierigkeiten betreffend der Umsetzung des Tabakverbots im Krankenhaus bei ärztlichen und krankenschwägerischen MitarbeiterInnen im Queen Elisabeth Spital, Gateshead. Ein großer Teil des medizinischen und krankenschwägerischen Personals gibt an, dass sie nicht in der Lage sind, die rauchenden MitarbeiterInnen, PatientInnen oder BesucherInnen zum „Nichtrauchen“ zu bewegen. Als Begründung gibt die Mehrheit Angst vor Aggression an. Dennoch war die Bereitschaft gegeben, sich in Zukunft für ein Tabakverbot im Krankenhaus einzusetzen. Um die Implementierung von effektiven rauchfreien Regelungen in Gesundheitseinrichtungen durchzusetzen, ist es wichtig, Strategien zu erarbeiten um Barrieren zu überbrücken Innovative Strategien sind erforderlich, um den Unterschied zwischen Regelungen und Verhalten zu benennen, weil die Umsetzung der Rauchfreie Regelung nicht einfach ist (vgl. Shipley & Allcock, 2008).

Nach einer Querschnittstudie in sieben Krankenhäusern bei 500 ärztlichen und krankenschwägerischen MitarbeiterInnen und StudentInnen zum Thema Rauchgewohnheiten berichten Lewis, Shin und Davies von folgenden Ergebnissen.

Die Raucherprävalenz bei KrankenhausmitarbeiterInnen (7%) ist deutlich niedriger als in der „normalen“ Bevölkerung (24%) und laut dieser Studie auch geringer als in den Ergebnissen aus früheren Studien. Ärzte mit 3% Raucheranteil sind die Berufsgruppe mit der niedrigsten Raucherprävalenz. 9% der MitarbeiterInnen der krankenschwägerischen Berufe sind RaucherInnen (Anhang 13). Die MedizinstudentInnen haben einen Raucheranteil von 4%, der wiederum geringer ist als in vergleichbaren Berufsgruppen. Die Raucherprävalenz bei ÄrztInnen und MedizinstudentInnen ist deutlich geringer im Vergleich zu KrankenschwägermitarbeiterInnen und weiteren Berufsgruppen im Krankenhaus. Trotz der höheren Prävalenz finden die Autoren einen deutlichen Rückgang bei den letztgenannten Berufsgruppen. Fast alle KrankenhausmitarbeiterInnen haben sich für ein national ausgeweitetes Rauchverbot im Krankenhaus und an anderen öffentlichen Orten geäußert. 97% sind für ein Rauchverbot im Krankenhaus, 57% für ein generelles Verbot und 40% für ein Rauchverbot mit Ausnahmen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Auswirkungen des Rauchverbots auf nationaler Ebene mit den Rauchgewohnheiten der KrankenhausmitarbeiterInnen im UK vergleichbar sind.

Fakt ist jedoch, dass die Studie aus einer Selbstbewertung stammt. Die Unterschiede des Grundwissens der Angehörigen der Gesundheitsberufe und der „normalen“ Bevölkerung über die möglichen Gesundheitsschäden des Tabakkonsums und der Unterschied im Genderratio dieser Berufsgruppen müssen mit berücksichtigt werden (vgl. Lewis et al., 2011).

2.7.5. Studien aus den USA

Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) veröffentlichte einen Tabakkontrollstandard für US-Spitäler und verlangte, dass die Krankenhäuser mit Ende des Jahres 1993 rauchfrei werden. Es gab dazu zwei Vorgaben: Eine verlangte das komplette Rauchverbot in Häusern, die andere Vorgabe war ein eingeschränktes Rauchverbot in Bezug auf PatientInnen mit bestimmten medizinischen Diagnosen. In den folgenden vier Studien aus den USA wird über die steigende Akzeptanz für ein Rauchverbot in Krankenhäusern, Auswirkungen auf die Raucherprävalenz und eine vorzeitige und erfolgreiche Umsetzung der Rauchfreistandards berichtet.

1998 wurde eine nationale Umfrage zu JCAHO-Standards durchgeführt, bei der Strategien in verschiedenen Krankenhäusern verglichen wurden, um die Probleme bei der Entwicklung und Implementierung von Rauchfreistandards zu erfassen und die Effektivität dieser Standards zu analysieren.

Das Ergebnis der Umfrage an 1055 Spitälern zeigte, dass 96,7% der JCAHO Richtlinien erreicht wurden. 53,7% Spitälern haben vor diesen JCAHO Richtlinien Rauchfreistategien initiiert, von denen 41,4% erfolgreicher als die Vorschläge der JCAHO Richtlinien waren. Die Studie zeigt eine größere MitarbeiterInnenpartizipation in der Planung, Entwicklung und Implementierung von Strategien und daher logischerweise einen klareren Erfolg. Ein großer Teil der Krankenhäuser hat verschiedene Programme zur Tabakentwöhnung angeboten und eine umfassende Mitarbeitergesundheit war die bedeutsame Begründung dafür. Aber diese Intervention hat wenig bis keinen Erfolg erbracht. Public Image, Gesundheit der Mitarbeiter, Brandschutz etc. waren die Hauptschlussfolgerungen für eine Rauchfreiheit im Krankenhaus. Inakzeptanz durch rauchende Mitarbeiter, Patienten und Besucher war kein großes Thema. Implementierung eines Tabakverbotes in einem Krankenhaus erscheint einfach, da sich die Mehrheit von Mitarbeitern über die

Gesundheitsschäden durch den Konsum des Tabaks bewusst sind (vgl. Longo et. al., 1998).

Im Jahre 2001 publizierten Longo et al. eine prospektive Kohortenstudie über die Langzeitwirkungen von Rauchverboten in Gesundheitseinrichtungen. Rauchgewohnheiten bei MitarbeiterInnen in Krankenhäusern, in denen Rauchen verboten war, wurden mit Krankenhäusern, in denen kein Rauchverbot herrschte, verglichen. Quittungsrate, Dauer der Entwöhnung und Rückfallraten von 1033 RaucherInnen oder ehemaligen Raucher-MitarbeiterInnen in Krankenhäusern mit komplettem Rauchverbot und 816 Raucher oder ehemalige Raucher-MitarbeiterInnen in Krankenhäusern ohne Rauchverbot sind über drei Jahre untersucht worden. Die MitarbeiterInnen in Spitälern mit Rauchverbot haben eine größere Raucherentwöhnungsrate und eine kürzere Dauer der Entwöhnung im Vergleich zu MitarbeiterInnen von Betrieben, in denen Rauchen am Arbeitsplatz nicht verboten ist. Die Rückfallquoten sind in beiden Gruppen gleich hoch. Rauchverbot am Arbeitsplatz ist die Gelegenheit, rauchende MitarbeiterInnen zum Aufhören zu motivieren. Eine wichtige Strategie sollte dabei sein, den Tabakkonsum zu reduzieren bzw. zu verhindern

(vgl. Longo et al. 2001).

Im Jahr 2004 haben sich die Spitäler, das Universitätskrankenhaus Arkanas (UAMS) und das Arkanas Kinderspital (ACH) dazu entschieden rauchfrei zu werden. Es gab ein komplettes Rauchverbot im Gebäude und auch im Gelände. Für die Implementierung der neuen Rauchverbotsregeln wurde eine Arbeitsgruppe gegründet. Somit konnten verschiedene Programme zur Tabakentwöhnung kostenlos angeboten werden.

Querschnittsstudien von MitarbeiterInnen aus den Jahren 2004 und 2005 über die Implementierung des neuen campusweiten Rauchverbots haben folgende Effekte gezeigt:

Die Entscheidung für das Rauchverbot hat eine große Akzeptanz (83,3%) seitens der MitarbeiterInnen erhalten. Nach der Umsetzung ist die Akzeptanz (89,6%) weiterhin deutlich gestiegen. 87,2% der Befragten glaubten vor der Implementierung des Rauchverbots, dass die KrankenhausmitarbeiterInnen eine Vorbildfunktion für Patienten haben. Dieser Wert ließ sich noch auf 91,6% steigern. Die Frage: „Sind Sie derzeit Raucher?“ haben 9,6% vor der Implementierung und 2,6% nach der Implementierung mit „Ja“ beantwortet. Es gab einen sehr geringen (weniger als 5%) Ausfall von MitarbeiterInnen. Die Raucherquoten sind zurückgegangen. Es wurden weder Beschwerden gemeldet noch

gab es einen Verlust oder eine Verminderung der Patientenzahl. Es sind auch keine größeren Unterschiede in der Patientenzufriedenheit zur Sprache gekommen.

Nach der erfolgreichen Implementierung von rauchfreien Krankenhäusern im UAMS und ACH haben die Zuständigen in der Stadt Arkanas im Jahr 2005 neue Gesetze beschlossen, die alle Krankenhäuser mit Ausnahme der psychiatrischen Krankenhäuser mit Ende des Jahres rauchfrei halten sollten. Um eine reibungslose Umsetzung des Rauchverbots zu bewerkstelligen, wurden Einschulungen und Gespräche vor, während, sowie nach der Umsetzung beschlossen. Die Unterstützung der Tabakentwöhnung und Führung durch kompetente Personen ist unvermeidbar. Spitäler, die zukünftig eine Umsetzung planen, müssen mit obengenannten Investitionen rechnen. Der Nutzen und besonders die Informationen der Öffentlichkeit sind enorm wichtig (vgl. Wheeler et al., 2007).

1992 hat JCAHO für alle Mitgliederkrankenhäuser ein Rauchverbot in allen Innenräumen beschlossen. Eine Studie von Williams et al. zeigte im Jahr 2009 mit 1916 Joint Commission anerkannten Spitälern als Teilnehmer, dass 45% der Krankenhäuser inklusive der Gelände komplett rauchfrei waren. Im Vergleich dazu waren es im Jahre 1992 nur 2,7%. Es waren 55% der Spitäler rauchfrei, mit Ausnahme der Raucherzimmer oder außerhalb der Krankenhausgebäude. Weitere 15% waren auf dem Weg hin zu einem rauchfreien Krankenhaus.

Die Einführungsvorgaben des Rauchverbots hatten wenig Einfluss auf die Häufigkeit an Beratungen, welche die stationären Patienten zur Raucherentwöhnung erhalten haben. Krankenhäuser, die Rauchverbotsvorgaben eingeführt haben, bieten nicht mehr Beratung als andere Spitäler. 31% der psychiatrischen Krankenhäuser haben sich als rauchfrei bezeichnet. 14% sind auf dem Weg zur Rauchfreiheit, wobei die Möglichkeit dieser Häuser, beständig rauchfrei zu bleiben, schwer zu beurteilen ist (vgl. Williams, 2009).

2.7.6. Studien aus Griechenland

So wie in vielen anderen EU Ländern gilt auch in Griechenland seit 2002 ein Rauchverbot in allen Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäusern. Als Ausnahme gelten dazu vorgesehene Räumlichkeiten und Orte. Seit der Einführung von neuen Tabakgesetzen hat es allerdings den Anschein, dass die Krankenhäuser sehr wenig bis nichts getan haben, um den Tabakkonsum von PatientInnen und MitarbeiterInnen im Krankenhaus zu reduzieren. Eine Studie aus 2006, die die Rauchgewohnheiten der Mitarbeiter und die Implementierung von möglichem Rauchverbot am Arbeitsplatz analysiert, hat folgende Ergebnisse gezeigt:

Von 623 (74%) MitarbeiterInnen, die die Fragen beantworten wollten, haben sich 50% als RaucherInnen und 50% als NichtraucherInnen bezeichnet (Anhang 14). Von 50% NichtraucherInnen sind wiederum 32% Ex-Raucher. Mit 57% Raucheranteil haben die Frauen eine deutlich höhere Raucherprävalenz als Männer mit nur 42%. Bei der Betrachtung der Gesamtbevölkerung Griechenlands rauchen 47% der Männer und 29% der Frauen.

Trotz Rauchverbot im Krankenhaus haben 94% der Raucher-MitarbeiterInnen auch im Krankenhaus geraucht. Davon haben mehr als 60% mehr als fünf Zigaretten pro Tag im Dienst konsumiert. KrankenpflegemitarbeiterInnen waren mit 57% die Berufsgruppe mit dem höchsten Raucheranteil, Ärzte mit 31% bildeten die Berufsgruppe mit dem niedrigsten Raucheranteil. 11% der RaucherInnen haben mindestens einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, hatten aber keinen Langzeiterfolg zu berichten. Andererseits befinden sich unter 32 % der NichtraucherInnen ehemalige RaucherInnen.

Die Daten zeigen, dass die MitarbeiterInnen im Krankenhaus trotz Rauchverbots eine höhere Raucherprävalenz als die normale Bevölkerung aufweisen.

Auch wenn die Verhältnisse zwischen den verschiedenen Berufsgruppen den EU-weiten oder den US Studien ähnlich sind, sind die Quoten im Vergleich sehr hoch. Mit steigenden Bemühungen, die Gefahr von Tabakkonsum bewusst zu machen und mit gleichzeitiger Unterstützung durch ExpertInnen mit dem Ziel der Tabakentwöhnung, können die Anti-Tabakregeln leichter erreicht werden. Ebenso notwendig sind Maßnahmen und die Unterstützung für Ex-Raucher, damit sie weiterhin tabakfrei bleiben

(vgl. Vagopoulos et al., 2006).

In einer anderen Studie im Universitätsspital Crete in Heraklion, Griechenland, mit über 1000 Mitarbeitern im medizinischen und Krankenpflagedienst, sind die Compliance zu den Rauchverbotsvorgaben von 2002 und Rauchgewohnheiten von KrankenhausmitarbeiterInnen untersucht worden.

Die Zahlen sind ähnlich wie die der Studie von Vagropoulos et al. 2006. Die Raucherprävalenz bei KrankenpflegemitarbeiterInnen beträgt 57,8% im Vergleich zu 34,5% bei Ärzten. Die Krankenschwestern und Pfleger haben auch deutlich mehr Zigaretten im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten geraucht.

Obwohl 71% der ÄrztInnen und 60 % der Krankenschwestern und Pfleger einem Rauchverbot im Krankenhaus zustimmen, ignorieren 100% der Raucher die Vorgaben und rauchen weiterhin auch im Krankenhaus. 93% der Raucher und 96% der Nichtraucher befürworten ein Rauchverbot mit Ausnahme der gekennzeichneten Raucherzonen. Ein komplettes Rauchverbot wird abgelehnt. Durch ein mit Gesundheitsexperten entwickeltes Trainingsprogramm zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit sowie der Entwicklung und Unterstützung von Zentren für Tabakentwöhnung und kontinuierliche Überwachung der existierenden Richtlinien von Compliance, kann ein rauchfreies Gesundheitsversorgungssystem zeitlich schneller erreicht werden (vgl. Vardavas, 2009).

2.7.7. Studien aus Australien

Um die Auswirkung von Rauchverbotsschildern auf die Rauchgewohnheiten der KrankenhausmitarbeiterInnen, PatientInnen und BesucherInnen am Krankenhausgelände zu analysieren, wurde eine Beobachtungsstudie im John Hunter Krankenhaus Newcastle Australien durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass nur weniger als 10% der RaucherInnen in raucherlaubtem Gelände PatientInnen sind. Über 50% sind MitarbeiterInnen und ca. 40% sind BesucherInnen. 82% der RaucherInnen haben in weniger als 10 Metern Entfernung vor dem Krankenseingang geraucht. Der Anteil an RaucherInnen nach der Aufstellung der Rauchverbotsschilder ist um 4% gesunken. Eine Reduzierung des Rauchens durch ein Rauchverbot am Krankenhausgelände ist möglich, aber die Implementierung und Compliancestrategien sollten sich auch besonders an BesucherInnen und MitarbeiterInnen richten (vgl. Nagle, 1996).

Eine im Jahr 2011 publizierte Studie über die Raucherprävalenz von KrankenpflegemitarbeiterInnen zeigt einen fallenden RaucherInnenanteil. Mit 12% Raucherprävalenz haben die KrankenpflegemitarbeiterInnen deutlich weniger RaucherInnenanteil als die normale Bevölkerung (Männer 18% und Frauen 15%). Viele RaucherInnen haben mehrere Versuche zum Aufhören ohne Erfolg unternommen. Rund 50% der RaucherInnen wären bereit mit dem Rauchen aufzuhören (Anhang 15). Angst vor Gewichtszunahme, Unruhe und Stress wurden als Hauptargumente gegen einen Rauchstopp angeführt (vgl. Berkelmans et al., 2011).

2.7.8. Studie aus Polen

Eine Studie unter MitarbeiterInnen im Medizinischen Universitäts-Krankenhaus in Poznan in Polen zeigt folgende Ergebnisse:

73% der MitarbeiterInnen sind Nichtraucher, darunter 11,3 % ehemalige Raucher. 27% der Befragten gaben an „zur Zeit“ zu rauchen. Die Raucherprävalenz unter KrankenhausmitarbeiterInnen war geringer als die der normalen Bevölkerung. Obwohl 35% der Raucher KrankenpflegemitarbeiterInnen waren, zeigte sich der höchste Raucheranteil unter MitarbeiterInnen der Nicht-Gesundheitsberufe. Unter den ÄrztInnen war die niedrigste Raucherprävalenz zu finden.

Es gab einen deutlichen Unterschied zwischen Rauchgewohnheiten im Tagdienst und im Nachtdienst; die RaucherInnen haben mehr Zigaretten im Nachtdienst geraucht.

17,4% der RaucherInnen wollen mit dem Rauchen aufhören und 82,6 % überlegen ihre Rauchkarriere zu beenden. 29,5% der RaucherInnen haben nie versucht das Rauchen aufzugeben, 20% einmal und 40% haben zwei- bis viermal versucht ihr Rauchverhalten zu unterbinden. Nur 6% der ehemaligen RaucherInnen haben eine Unterstützung zur Rauchentwöhnung erhalten (vgl. Cofta & Staszewski, 2008).

2.7.9. Studien aus Deutschland

In Deutschland handelt es sich beim „rauchfreien Krankenhaus“ um ein sehr fortgeschrittenes Thema.

Die deutschen Krankenhäuser liegen im Vergleich zu vielen anderen EU-Ländern weit vorne in der Planung und Implementierung von Maßnahmen zur Reduzierung der Raucherprävalenz unter KrankenhausmitarbeiterInnen. Ihr Ziel ist ein rauchfreies Krankenhaus zu erreichen. Trotzdem zeigt die bisherige Praxis, dass Gesundheitsschutz vor Tabakrauch und Tabakentwöhnung in Krankenhäusern nicht den erforderlichen Stellenwert haben. Laut Manual für Projektleiter „Rauchfreies Krankenhaus“ rauchen etwa 40% des Pflegepersonals und 20% der ÄrztInnen in Deutschland. 26% der PatientInnen rauchen auch während des Krankenhausaufenthaltes. 41% der PatientInnen wünschen sich nichtrauchendes Personal. 30% der rauchenden PatientInnen würden gerne mit dem Rauchen aufhören und 66% der PatientInnen wünschen sich im Krankenhaus Beratung über die Risiken des Rauchens (vgl. BZgA 2004, Manual für Projektleitungen Rauchfreies Krankenhaus).

In einer Studie von Michalsen et al., durchgeführt im Gesundheitsfördernden Krankenhaus der WHO und dem Akademischen Lehrkrankenhaus der Universität Essen Deutschland, wurden die Raucherprävalenz bei KrankenhausmitarbeiterInnen und die Effekte der Implementierung des rauchfreien Krankenhauses untersucht.

Von 345 Beschäftigten haben 296 (86%) an der Befragung zum Raucherstatus teilgenommen. 140 (47,3%) davon sind RaucherInnen und 156 (52,7%) NichtraucherInnen.

57,2% MitarbeiterInnen der Krankenpflege waren RaucherInnen. Weiters rauchten 24 von 26 männlichen Mitarbeitern in der Krankenpflege (92,3%). Von 38 Befragten des ärztlichen Personals waren neun (23,6%) RaucherInnen. Der prozentuelle Raucheranteil bei Männern war höher als bei weiblichen Mitarbeiterinnen (63,3% vs. 43,2%). 17% derselben haben trotz Motivation kein weiteres Interesse an einer Raucherentwöhnung gezeigt.

116 MitarbeiterInnen haben in zwei Gruppen an Raucherentwöhnungsprogrammen teilgenommen und es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

90% der TeilnehmerInnen haben ein- oder mehrmals versucht, mit dem Rauchen aufzuhören und mehr als die Hälfte davon befürchtet eine Gewichtszunahme als Entzugs-

erscheinung. Nach drei Monaten waren 35% der TeilnehmerInnen in einer Gruppe abstinent und 25% der TeilnehmerInnen gaben eine Reduktion an Zigarettenkonsum bekannt.

In der zweiten Gruppe waren 42% der TeilnehmerInnen nach drei Monaten abstinent und 24% haben den Tabakkonsum reduziert. Nach sechs Monaten ist die Abstinenzrate bei Gruppe 1 auf 20% zurückgegangen, bei Gruppe 2 hingegen gab es nach sechs Monaten keine Rückfälle. Der mittlere Wert der Gewichtszunahme lag bei Gruppe 1 bei 2,4 kg und bei der zweiten Gruppe bei 1,7 % kg. Die Studie führt zur Conclusio, dass durch ein gemeinschaftliches, innerbetriebliches Raucherentwöhnungsprogramm die Reduzierung der Raucherprävalenz bei KrankenhausmitarbeiterInnen möglich ist (vgl. Michalsen et al., 2002).

Eine weitere Studie von Wernz et. al. vom Jahr 2007 berichtet über eine höhere Raucherprävalenz unter psychiatrischen PatientInnen und MitarbeiterInnen am psychiatrischen Krankenhaus. Weiters werden damit verbundene Schwierigkeiten mit der Einführung von Rauchverbotsregeln angeführt. Die Befragung in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilung des Universitäts-Krankenhauses Tübingen zeigt eine große Akzeptanz für die Einführung der Rauchfrei-Regeln im Krankenhaus. Nach der Entstehung einer Arbeitsgruppe, Bezeichnungen der Rauchfreizonen und der Einführung von Tabakentwöhnungsprogrammen stiegen die NichtraucherInnenquoten und die Akzeptanz für ein Rauchverbot und ein rauchfreies Krankenhaus.

13 von 33 (39,4%) RaucherInnen und 12 von 43 (27,9%) der Ex-RaucherInnen gaben an, dass sie durch neue Raucherregulationen ihr Rauchverhalten geändert haben und weitere 30,3% der RaucherInnen, dass sie dadurch ihr Rauchverhalten ändern wollen. Das Interesse an einem Raucherentwöhnungskurs ist mit 48,5% viermal so hoch wie vor der Implementierung der neuen Raucherregulationen (Anhang 16).

Die Autoren befinden den demokratischen Prozess mit der Einbeziehung aller Berufsgruppen, die Transparenz der einzelnen Umsetzungsschritte und die Einbeziehung therapeutischer Angebote als die beeinflussendsten Faktoren für den Erfolg in der Umsetzung neuer Rauchverbotsregulationen.

2.7.10 Studie aus Österreich

Im Jahr 2006 wurden in sechs österreichischen Krankenhäusern MitarbeiterInnenbefragungen im Rahmen des Projektes „MitarbeiterInnengesundheit und ihre Determinanten im Setting Krankenhaus“ durchgeführt, die Ergebnisse sind bis zum heutigen Tag noch nicht veröffentlicht.

Das Projekt wurde vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur (bm:bwk) erarbeitet. Die hier präsentierten Daten zum Rauchverhalten von KrankenhausmitarbeiterInnen wurden freundlicherweise vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research zur Verfügung gestellt.

Die Untersuchung beinhaltet auch Fragen zum Rauchverhalten (regelmäßiger Raucher / Gelegenheitsraucher / Ex-Raucher / Nie-Raucher) der KrankenhausmitarbeiterInnen.

Die Ergebnisse sind in Berufsgruppen (Tabelle 1, Geschlecht (Tabelle 2) und Altersgruppen (Tabelle 3) zusammengefasst.

Bei dieser Befragung haben sich 27,5% von 2087 befragten KrankenhausmitarbeiterInnen als regelmäßige RaucherInnen zu erkennen gegeben und 72,5% als NichtraucherInnen. Eine niedrigere Raucherprävalenz bei ÄrztInnen (14,4%) und die höchste Raucherprävalenz bei Technik- und Reinigungsdiensten (34,%) sind auffällig. Der gleiche Unterschied ist auch bei der Frage „Ich bin Nichtraucher/Nichtraucherin“ sichtbar. 41,2% der ÄrztInnen und 26,6% der MitarbeiterInnen der Raumpflege, Technik und sonstigen Berufen beantworten diese Frage mit „Ja“.

Im Gegensatz dazu beantworteten 21,1% der ÄrztInnen und 1,1% der MitarbeiterInnen der Raumpflege, Technik und sonstigen Berufen die Frage „Ich bin ein Gelegenheitsraucher“ mit „Ja“.

27,9% der Krankenhausmitarbeiter und 27,1% der Krankenhausmitarbeiterinnen bezeichnen sich als regelmäßige Raucher oder Raucherin. Im Vergleich zu 26,3% Krankenhausmitarbeiterinnen bezeichnen sich 33,6% Krankenhausmitarbeiter als Ex-Raucher oder Ex-Raucherin. 26,9% männliche und 41,3% weibliche Krankenhausmitarbeiter geben an, nie geraucht zu haben.

Die Altersgruppe der „unter 29- Jährigen“ bildet mit 31,1% die Gruppe mit der höchsten Raucherprävalenz. Die über 60-Jährigen bilden mit 21% an regelmäßigen RaucherInnen die Gruppe mit der niedrigsten Raucherprävalenz.

16,3% der KrankenhausmitarbeiterInnen unter 30 sind Ex-Raucher oder Ex-Raucherinnen. Im Vergleich dazu lassen sich über 60-Jährige mit 38,9 % anführen.

Unter den 30-Jährigen gaben 42,3% an, nie geraucht zu haben. Unter den 60-Jährigen nur 20%.

Die Ergebnisse der beschriebenen Studien sind in Tabelle 4 zusammenfassend dargestellt.

| | | Berufsgruppen | | | | | Gesamt(%) |
|--|---------------|---------------|-------------------|--|-----------------------------|---|-------------|
| | | Ärzte(%) | Pflegepersonal(%) | MT- &Therapeutisches Personal(%) | Verwaltungs- personal(%) | Raumpflege, Technik & sonstige(%) | |
| Ich bin ein regelmäßiger Raucher / eine regelmäßige Raucherin | Ja | 33 (14,4%) | 329(29,2%) | 39(18,3%) | 60(30,8%) | 112(34,8%) | 573(27,5%) |
| | Nein | 196(85,6%) | 799(70,8%) | 174(81,7%) | 135(69,2%) | 210(65,2%) | 1514(72,5%) |
| | Gesamt | 229(100%) | 1128(100%) | 213(100%) | 195(100%) | 322(100%) | 2087(100%) |
| Ich bin Gelegenheitsraucher / Gelegenheitsraucherin | Ja | 47(21,1%) | 157(15,3%) | 40(19,4%) | 21(11,7%) | 33(11,1%) | 298(15,4%) |
| | Nein | 176(78,9%) | 868(84,7%) | 166(80,6%) | 159(88,3%) | 265(88,9%) | 1634(84,6%) |
| | Gesamt | 223(100%) | 1025(100%) | 206(100%) | 180(100%) | 298(100%) | 1932(100%) |
| Ich bin Ex-Raucher / Ex-Raucherin | Ja | 65(29,8%) | 306(31,1%) | 41(20,8%) | 36(21,3%) | 73(25%) | 521(28%) |
| | Nein | 153(70,2%) | 678(68,9%) | 156(79,2%) | 133(78,7%) | 219(75%) | 1339(72%) |
| | Gesamt | 218(100%) | 984(100%) | 197(100%) | 169(100%) | 292(100%) | 1860(100%) |
| Ich bin Nie-Raucher / Nie-Raucherin | Ja | 87(41,2%) | 342(35,8%) | 102(53,7%) | 75(45,2%) | 74(26,6%) | 680(37,8%) |
| | Nein | 124(58,8%) | 613(64,2%) | 88(46,3%) | 91(54,8%) | 204(73,4%) | 1120(62,2) |
| | Gesamt | 211(100%) | 955(100%) | 190(100%) | 166(100%) | 278(100%) | 1800(100%) |

Tabelle 1: Ergebnisse zur Befragung regelmäßiger RaucherInnen/GelegenheitsraucherInnen/Ex-RaucherInnen/Nie-RaucherInnen unter fünf Berufsgruppen in sechs österreichischen Krankenhäusern (Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 2006)

| | | Geschlecht | | Gesamt(%) |
|--|---------------|-------------|-------------|-------------|
| | | männlich(%) | weiblich(%) | |
| Ich bin ein regelmäßiger Raucher / eine regelmäßige Raucherin | Ja | 137(27,9%) | 437(27,1%) | 574(27,3%) |
| | Nein | 354(72,1%) | 1174(72,9%) | 1528(72,7%) |
| | Gesamt | 491(100%) | 1611(100%) | 2102(100%) |

| | | | | |
|--|---------------|------------|-------------|-------------|
| Ich bin Gelegenheitsraucher / Gelegenheitsraucherin | Ja | 76(16,3%) | 225(15,2%) | 301(15,5%) |
| | Nein | 390(83,7%) | 1256(84,8%) | 1646(84,5%) |
| | Gesamt | 466(100%) | 1481(100%) | 1947(100%) |

| | | | | |
|--|---------------|------------|-------------|-------------|
| Ich bin Ex-Raucher / Ex-Raucherin | Ja | 152(33,6%) | 374(26,3%) | 526(28,1%) |
| | Nein | 301(66,4%) | 1047(73,7%) | 1348(71,9%) |
| | Gesamt | 453(100%) | 1421(100%) | 1874(100%) |

| | | | | |
|--|---------------|------------|------------|-------------|
| Ich bin Nie-Raucher / Nie-Raucherin | Ja | 118(26,9%) | 568(41,3%) | 686(37,8%) |
| | Nein | 321(73,1%) | 806(58,7%) | 1127(62,2%) |
| | Gesamt | 439(100%) | 1374(100%) | 1813(100%) |

Tabelle 2: Ergebnisse zur Befragung regelmäßiger RaucherInnen/GelegenheitsraucherInnen/Ex-RaucherInnen/Nie-RaucherInnen in sechs österreichischen Krankenhäusern im Geschlechtervergleich (Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 2006)

| | | Alter | | | | | |
|--|---------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| | | bis 29 Jahre(%) | 30-39 Jahre(%) | 40-49 Jahre(%) | 50-59 Jahre(%) | ab 60 Jahre(%) | Gesamt(%) |
| Ich bin ein regelmäßiger Raucher / eine regelmäßige Raucherin | Ja | 110(31,1%) | 142(26,2%) | 214(27,9%) | 106(25,5%) | 4(21%) | 576(27,5%) |
| | Nein | 244(68,9%) | 399(73,8%) | 553(72,1%) | 310(74,5%) | 15(79%) | 1521(72,5%) |
| | Gesamt | 354(100%) | 541(100%) | 767(100%) | 416(100%) | 19(100%) | 2097(100%) |
| Ich bin Gelegenheitsraucher / Gelegenheitsraucherin | Ja | 61(18,2%) | 82(16,3%) | 105(14,9%) | 49(12,8%) | 2(11,1) | 299(15,4) |
| | Nein | 274(81,8%) | 421(83,7%) | 598(85,1%) | 333(87,2%) | 16(88,9%) | 1642(84,6%) |
| | Gesamt | 335(100%) | 503(100%) | 703(100%) | 382(100%) | 18(100%) | 1941(100%) |
| Ich bin Ex-Raucher / Ex-Raucherin | Ja | 538(16,3%) | 115(23,7%) | 224(33%) | 125(34,6%) | 7(38,9%) | 524(28%) |
| | Nein | 273(83,7%) | 370(76,3%) | 455(67%) | 236(65,4%) | 11(61,1%) | 1345(72%) |
| | Gesamt | 326(100%) | 485(100%) | 679(100%) | 361(100%) | 18(100%) | 1869(100%) |
| Ich bin Nie-Raucher / Nie-Raucherin | Ja | 138(42,3%) | 205(43,2%) | 218(33,4%) | 117(34,2) | 3(20%) | 681(37,6%) |
| | Nein | 188(57,7%) | 270(56,8%) | 434(66,6%) | 225(65,8%) | 12(80%) | 1129(62,4%) |
| | Gesamt | 326(100%) | 475(100%) | 652(100%) | 342(100%) | 15(100%) | 1810(100%) |

Tabelle 3: Ergebnisse zur Befragung regelmäßiger RaucherInnen/ GelegenheitsraucherInnen/ Ex-RaucherInnen/Nie-RaucherInnen in sechs österreichischen Krankenhäusern in Bezug auf Altersunterschiede (Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 2006)

| Land | Studie | Jahr | Beteiligte | Ergebnisse | Bemerkung |
|---|---|------|------------------------------------|--|---|
| USA, Australien, Kanada, und Deutschland | Effect of smokefree workplaces on smoking behaviour: systematic review. (Fichtenberg & Glantz) | 2002 | Arbeitsplatz allgemein | Reduzierung- Raucherprävalenz um 3,8% und 3,1% Zigaretten/Tag. | Follow up Survey zehn Monate durchschnittlich Rauchverbot am Arbeitsplatz |
| Irland | Implementation of a campus-wide Irish hospital smoking ban in 2009: prevalence and attitudinal trends among staff and patients in lead up(Fritzpatrick et al.) | 2009 | KH Patienten Mitarbeiter-Innen | 1997/97- 2006 Patienten-> 24,2%- 22,7% Mitarbeiter-> 27.4%-17,8% | Rauchverbot Indoor Arbeitsplatz 2004 |
| Italien | Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals (Ficarra et al.) | 2010 | KH Mitarbeiter- Innen | Doppelte Raucherprävalenz bei Krankenhausmitarbeiter- Innen als Gesamtbevölkerung. | Befragung in sieben Spitälern |
| Spanien | Secondhand smoke in hospitals of Catalonia(Spain) before and after a comprehensive ban on smoking at the national level (Fernández et al.) | 2008 | Nikotinkonzentration im Raumluf | Senkung der Nikotinkonzentration in der Raumluf um mehr als 50% | Gemessen vor und ein Jahr nach der Implementierung des Rauchverbots |
| UK | Attitudes to smoking and smoking habit among the staff of a hospital(Davies & Rajan) | 1989 | KH Mitarbeiter- Innen | Großteil befürwortet das Rauchverbot im KH mit Raucherräumen | Befragung nach Verkündung des rauchfreien KH |

*Tabelle 4 : Zusammenfassung der Ergebnisse aus Studien zur Tabakentwöhnung und zu rauchfreien Krankenhäusern in verschiedenen Weltländern
(weiter)*

| Land | Studie | Jahr | Beteiligte | Ergebnisse | Bemerkung |
|------|--|------|-------------------------------------|--|--|
| UK | Qualified nurse smoker's attitudes towards a hospital smoking ban and its influence on their smoking behaviour (Strobl & Latter) | 1998 | Krankenpflege Mitarbeiter- Innen | Rauchverbot hat keine signifikante Effekte auf Tabakkonsum | Befragung neun Monate nach der Implementierung des Rauchverbots |
| UK | Achieving a smoke-free hospital: reported enforcement of smoke-free regulations by NHS health care staff(Shipley& Allcock) | 2008 | Ärzte und Pflegepersonal | Großteil der Befragten werden Rauchverbot nicht durchsetzen | Sieben Monate nach Rauchverbot in allen NHS Hospitals im UK. |
| UK | Smoking habits and attitudes toward tobacco bans among United Kingdom hospital staff and students(Lewis et al.) | 2011 | KH Mitarbeiter- Innen | 57% für komplettes Rauchverbot und 40% für Rauchverbot mit Raucherräumen. | Querschnittstudie in sieben Spitälern |
| USA | Implementing smoking bans in American hospitals: results of a national survey. (Longo et al.) | 1998 | 1055 Krankenhäuser | 96% Spitäler haben die JCAHO Vorgaben erfolgreich umgestellt. 46% haben noch strengere Regeln. | Befragung in 1055 US Spitälern. |
| USA | A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse.(Longo et al.) | 2001 | KH Mitarbeiter- Innen | Rauchverbot steigert die Raucherentwöhnungsrate und Dauer der Abstinenz | Krankenhäuser mit Rauchverbot vs. KH ohne Rauchverbot. |
| USA | Impact of a Smoke-Free Hospital Campus Policy on Employee and Consumer behavior (Wheeler et al.) | 2007 | KH Mitarbeiter- Innen | Steigende Akzeptanz, Raucherprävalenz fallend. | Befragung in zwei US Spitälern vor und nach Implementierung des Rauchverbots |

Tabelle 4 : Zusammenfassung der Ergebnisse aus Studien zur Tabakentwöhnung und rauchfreien Krankenhäusern in verschiedenen Weltländern (weiter)

| Land | Studie | Jahr | Beteiligte | Ergebnisse | Bemerkung |
|--------------|--|------|--|--|---|
| USA | The adoption of smoke-free hospital campuses in the United States (Williams et al.) | 2009 | 1916 Krankenhäuser | 2008 haben 45% KH komplettes Rauchverbot im Vergleich zum Jahr 1992 mit 3% | Prävalenz von rauchfreien Krankenhäusern und Beratung an Patienten sind untersucht. |
| Griechenland | Smoking habits among the hospital staff of a General Hospital in Northern Greece: a long way for smoke-free hospitals (Vagropoulos et al.) | 2006 | KH MitarbeiterInnen | Höhere Raucherprävalenz bei Krankenhausmitarbeitern als bei der Gesamtbevölkerung. | Rauchverbot am Arbeitsplatz seit 2002. |
| Griechenland | Smoke-free hospitals in Greece: Personnel perceptions, compliance and smoking habit(Vardavas et al.) | 2009 | KH MitarbeiterInnen | 58 % Krankenpflege und 35% ärztliche MitarbeiterInnen sind Raucher. | Rauchverbot am Arbeitsplatz seit 2002. |
| Australien | Smoking on hospital grounds and the impact of outdoor smoke-free zones(Nagle et al.) | 1996 | KH MitarbeiterInnen, Patienten, Besucher | Über 50% Raucher. die die Raucherzonen auf dem Gelände nutzen, sind Mitarbeiter | Auswirkungen von Rauchverbotschildern sind untersucht |
| Australien | Registered Nurses' smoking behaviours and their attitudes to personal cessation(Berkelmans et al.) | 2011 | Krankenpflege MitarbeiterInnen | Raucherprävalenz bei Krankenpflege MitarbeiterInnen weniger als Gesamtbevölkerung | Raucherprävalenz bei KrankenpflegemitarbeiterInnen fallen seit 1976 |

Tabelle 4 : Zusammenfassung der Ergebnisse aus Studien zur Tabakentwöhnung und rauchfreien Krankenhäusern in verschiedenen Weltländern (weiter)

| Land | Studie | Jahr | Beteiligte | Ergebnisse | Bemerkung |
|--------------------|--|------|---|---|---|
| Ireland | Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation (O'Donovan) | 2009 | Krankenpflege MitarbeiterInnen | 21% KrankenpflegemitarbeiterInnen sind Raucher | Rauchverbot Indoor Arbeitsplatz 2004 |
| Polen | Hospital staff and smoking habits: Do we need modification of smoking behavior in Polish Hospitals? (Cofta & Staszewski) | 2008 | KH MitarbeiterInnen | Nur 6% der Ex-Raucher haben Unterstützung zur Raucherentwöhnung bekommen. | Wenig Unterstützung vom Arbeitgeber zur Tabakentwöhnung. |
| Deutschland | Raucherentwöhnung bei Krankenhausmitarbeitern: Eine kontrollierte Interventionsstudie. (Michalsen et al.) | 2002 | KH MitarbeiterInnen | Hohe Abstinenzrate 6 Monaten nach Teilnahme an Raucherentwöhnungsprogrammen | Erhebung der Abstinenzrate drei und sechs Monate nach Entwöhnungsprogramm |
| Deutschland | Akzeptanz der rauchfreien Psychiatrie bei Patienten und Mitarbeitern- Evaluation einer Strukturmaßnahme(Wernz et al.) | 2009 | KH MitarbeiterInnen und PatientInnen | Große Akzeptanz der Maßnahmen und eine steigende Zahl von Nichtrauchern. | Nach Arbeitsgruppe "rauchfreie Zonen" und Tabakentwöhnungsprogrammen |
| Österreich | Befragung Raucherprävalanz bei KrankenhausmitarbeiterInnen | 2006 | MitarbeiterInnen in sechs österreichischen KH | 27,5% Raucherprävalenz. | Befragung LBI im Auftrag des Bundesministeriums |

Tabelle 4 : Zusammenfassung der Ergebnisse aus Studien zur Tabakentwöhnung und rauchfreien Krankenhäusern in verschiedenen Weltländern (weiter)

3. Methode

Um die Raucherprävalenz bei KrankenhausmitarbeiterInnen, ihre Einstellung zum rauchfreien Krankenhaus und die Effektivität der bis jetzt implementierten Raucherentwöhnungs-Interventionen zu ermitteln, wurde bei den MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien eine Befragung durchgeführt. Basierend auf der Empfehlung der European Network for Smokefree Hospitals und der oben angeführten Fragestellung wurden vier Fragebögen entwickelt.

Der erste Fragebogen widmete sich der Erhebung der Raucherprävalenz unter KrankenhausmitarbeiterInnen. Die weiteren drei Bögen erhoben die MitarbeiterInnenmeinungen zum Thema „Rauchfreies Krankenhaus“, die Effektivität der derzeitigen Angebote zur Tabakentwöhnung und die Einstellung dieser zu Rauchgewohnheiten. Ein Antrag auf das Ethikkommissionsvotum der Medizinischen Universität Wien wurde gestellt. Nach einer entsprechenden Empfehlung wurde ein Votum des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder eingereicht und absolviert.

894 Mitarbeiter wurden, laut aktueller Liste aus dem Personalbüro, identifiziert. Aufgrund von Urlauben, Schichtdiensten, längerer dienstfreier Zeit und unterschiedlichen Tagesabläufen war die Befragung aller MitarbeiterInnen nicht möglich. Aus diesem Grund wurde die Erhebung der Raucherprävalenz inklusive der oben dargestellten Befragung nur in Kleingruppen durchgeführt.

Mit der Verteilung des ersten Fragebogens (Anhang 2) unter den Stationsleitungen, Abteilungsleitungen oder der beauftragten MitarbeiterInnen, wurde eine Bestandsaufnahme der Raucherprävalenz und der Rauchgewohnheiten von MitarbeiterInnen der jeweiligen Abteilungen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien gemacht. Diese Personen haben aus eigener Erfahrung oder durch Nachfragen bei anderen Kollegen, mitgeteilt, wie viele MitarbeiterInnen in ihrer Abteilung RaucherInnen sind. Weiters sind bei diesen Personen die Konflikte durch das Rauchen, Verbesserungswünsche, Wunsch nach einem rauchfreien Krankenhaus, Gründe für Rauchverbot im Krankenhaus bzw. Abteilung hinterfragt worden. Mögliche Konflikte durch ein Rauchverbot im Krankenhaus wurden näher ausgeführt. Mit Hilfe von 79 Fragebögen wurden die Raucherprävalenz und die derzeitige Situation dargestellt.

Weiters wurden die MitarbeiterInnen in drei Gruppen eingeteilt: Raucher, Ex-Raucher und Nichtraucher. Sie wurden zur Rauchsituation, zu Raucherentwöhnungsprogrammen und zu

Rauchgewohnheiten befragt. Pro Gruppe war das Ziel, ca. 60 MitarbeiterInnen zu interviewen. Obwohl es keine Randomisierung gegeben hat, wurde versucht Gender, Berufsgruppe und Altersgruppe zu berücksichtigen und in all diesen Untergruppen in die Befragung zu involvieren. Nachdem es wenig Ex-RaucherInnen gab, sind nur 43 davon befragt worden, davon 23 weibliche Mitarbeiterinnen. Bei der Gruppe RaucherInnen und NichtraucherInnen nahmen 70 bzw. 69 MitarbeiterInnen teil. Vorerst wurde hintergefragt, ob sie RaucherInnen, Ex-RaucherInnen oder NichtraucherInnen sind. Je nach Antwort sind die passenden Fragebögen inklusive Coveringletter direkt vom Prüfer ausgegeben worden. Die ausgefüllten Fragebögen sind nur durch den Prüfer eingesammelt, gemischt und am Ende der Erhebung wieder in vier Gruppen sortiert worden.

Die „Gruppe Pflegebereich“ umfasst diplomierte Krankenschwestern und Pfleger, Pflegehelfer und Pflegehelferinnen und Operationsgehilfen.

Das Personalmanagement, die Finanz und Buchhaltung, die Materialverwaltung, SekretärInnen, Portierdienste und die EDV wurden unter der „Gruppe Verwaltung“ zusammengefasst.

Unter die Gruppe MTDs fallen Labordienste, Ergotherapie, Physikalische Therapie, Logopädie, Diätologie und RöntgenassistentInnen.

Die „Gruppe Wirtschaftsdienst“ umfasst Hausarbeiter, internes Reinigungspersonal, Abteilungshilfen und Wäschepot. Kindergarten, Soziologen und Seelsorge bilden die „Gruppe Sonstige“.

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine quotierte Querschnittstudie, die im Rahmen einer vollständigen, anonymen und freiwilligen schriftlichen Befragung mittels eines Fragebogens durchgeführt wurde. Alle Fragebögen wurden in die statistische Auswertung miteinbezogen

Die statistische Auswertung der Ergebnisse wurde mit der Statistiksoftware SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 19.0 für Windows durchgeführt. Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Berufsgruppe oder Rauchstatus wurden bei kategorialen Variablen mit dem Chi-Quadrat-Test überprüft. Unter der Berücksichtigung von Kontrollvariablen wie Alter, Geschlecht, Profession, berufliche Position etc wurden die Ergebnisse aufgezeichnet.

4. Ergebnisse

4.1 Ergebnisse aus der Befragung: Bestandsaufnahme

Aus der Personalliste vom März 2012 konnten 896 MitarbeiterInnen aus dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien identifiziert werden. Mit Hilfe von 79 Fragebögen wurden Informationen über 894 MitarbeiterInnen gesammelt und ausgewertet. Zwei fehlende wollten keine Auskunft geben bzw. an der Befragung nicht teilnehmen.

4.1.1 Raucherprävalenz bei MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien

192 (21,5%) der gesamten MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder arbeiten im ärztlichen Bereich und davon sind 33 (17,2%) RaucherInnen.

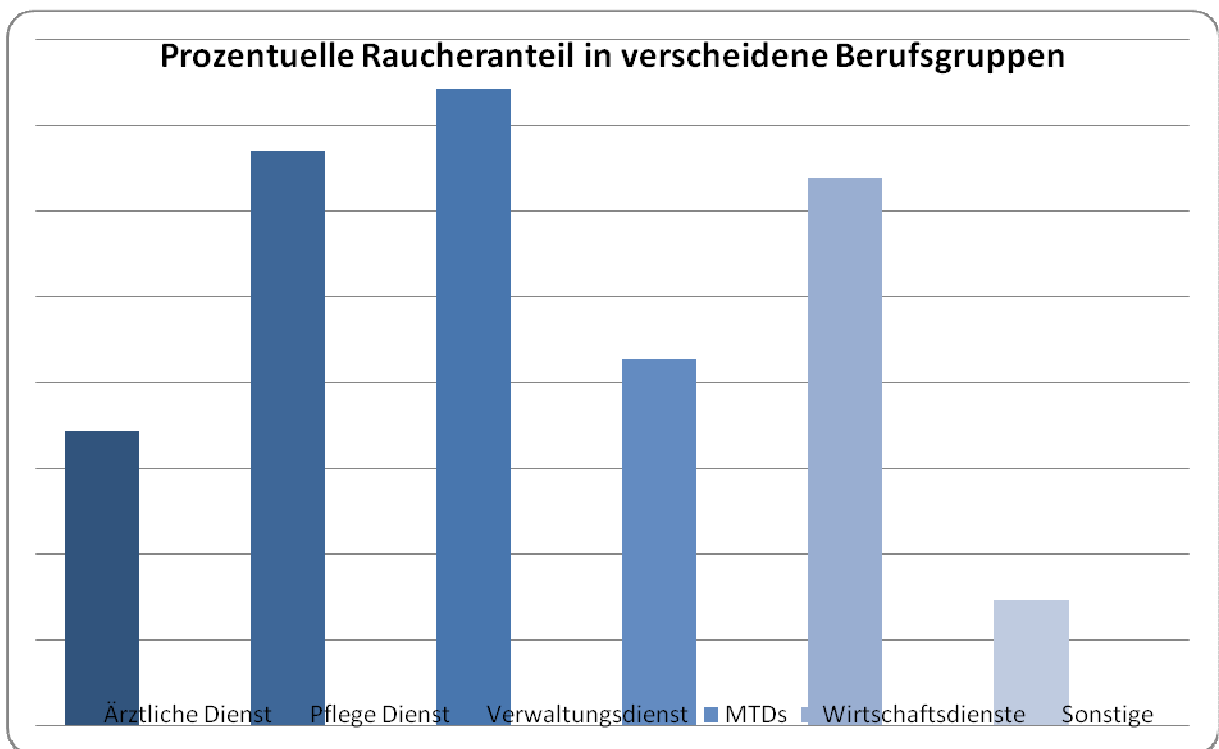


Abbildung 4: Prozentuelle Raucheranteile an verschiedensten Berufsgruppen der MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder

Die Krankenpflege ist die größte Berufsgruppe innerhalb des Krankenhauses mit 430 (48,1%) MitarbeiterInnen, davon konsumieren 144 (33,5%) Zigaretten.

78 (8,7%) MitarbeiterInnen befinden sich im Verwaltungsdienst, 29 (37,2%) davon rauchen regelmäßig. Im Bereich der medizinisch technischen Dienste sind 56 (6,3%) MitarbeiterInnen tätig, 12 (21,4%) davon sind RaucherInnen. 97 (10,9%) der MitarbeiterInnen sind in verschiedenen Wirtschaftsdiensten tätig und davon sind 31 (32%) RaucherInnen. Von 41 (4,6%) der MitarbeiterInnen, die verschiedenste Tätigkeiten - ausgenommen der oben genannten - ausüben, rauchen 3 (7,3%) MitarbeiterInnen regelmäßig (Abbildung 4).

Eine Gegenüberstellung von weiblichen und männlichen MitarbeiterInnen zeigt folgende Verteilung: Im Bereich Krankenpflege 84% Frauen vs. 16% Männer, im Verwaltungsdienst 76% vs. 24% und im medizinisch technischen Dienst 95% vs. 5%. Insgesamt arbeiten 252 (28%) männliche und 642 (72%) weibliche MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Davon sind 27% männliche und 28,7% weibliche RaucherInnen.

Von 894 MitarbeiterInnen, die in verschiedensten Bereichen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder tätig sind, konsumieren 252 (28,2%) regelmäßig Zigaretten. 246 (98%) rauchen auch im Dienst oder in den Pausenzeiten.

Von 100 Ärzten und 92 Ärztinnen sind jeweils 19 (19%) und 14 (15%) regelmäßige Raucher. Von 70 Mitarbeitern und 360 Mitarbeiterinnen im Krankenpflegebereich konsumieren 24 (34%) männliche und 120 (33%) weibliche Testpersonen regelmäßig Zigaretten.

Im Bereich des Verwaltungsdienstes sind 78 (8,7%) MitarbeiterInnen tätig. Von 59 Mitarbeiterinnen im Verwaltungsbereich sind 23 (39%) Raucherinnen. Sechs (32%) von 19 männlichen Mitarbeitern im Verwaltungsdienst konsumieren Tabak. 53 von 56 MitarbeiterInnen im medizinisch technischen Dienst sind Frauen und davon zwölf (23%) Raucherinnen. Von den drei Männern in diesem Dienst gibt es keinen Raucher.

In verschiedenen Wirtschaftsdiensten arbeiten 46 Männer und 51 Frauen. Davon konsumieren 19 (41%) Männer und zwölf (24%) Frauen regelmäßig Zigaretten. In sonstigen Arbeitsbereichen befinden sich 41 MitarbeiterInnen. Abermals sind davon 14 Männer dieser Gruppe keine Raucher und von den 27 Frauen sind drei (11,1%) Raucherinnen. Der prozentuelle Anteil an RaucherInnen ist in Abbildung 5 dargestellt.

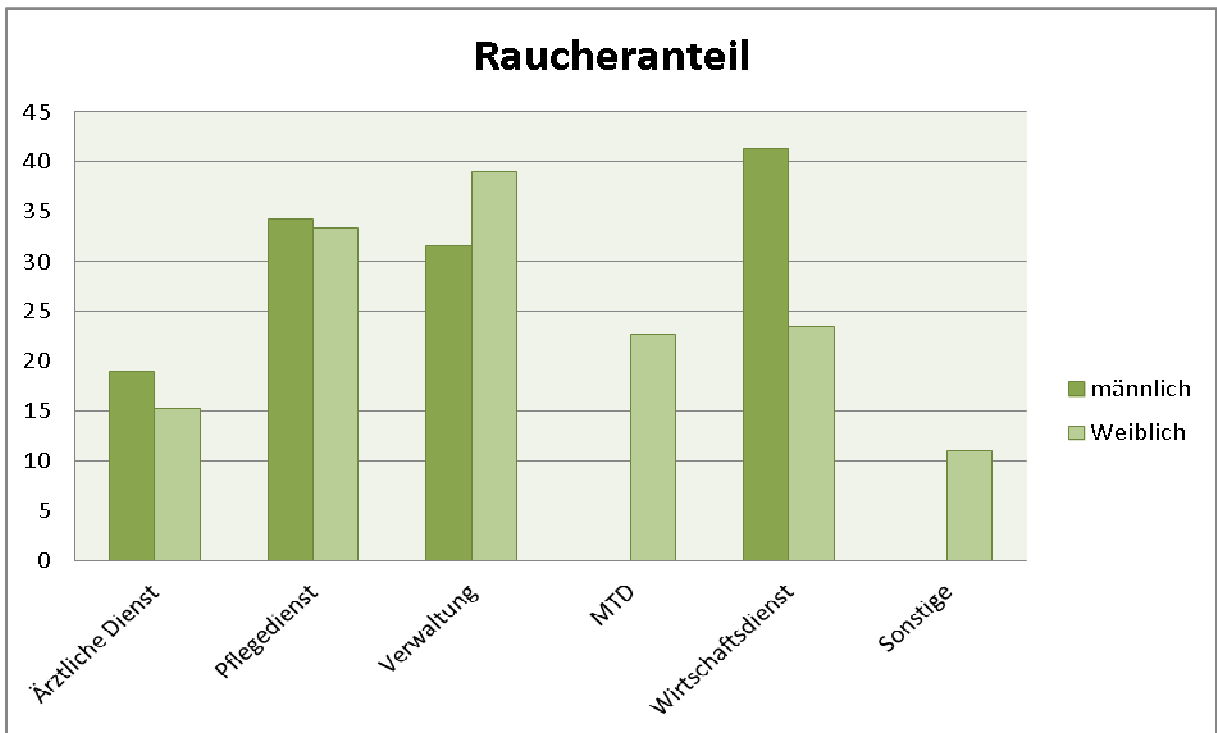


Abbildung 5: Prozentuelle Anteile in verschiedenen Berufsgruppen und die Unterteilung nach Geschlechtern unter den MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder

Zur Frage „Wo wird geraucht?“ waren Mehrfachnennungen möglich.

Die Mehrheit hat „im Garten“ (51,9%), „im Pausenraum“ (34,2%) und „in der Kantine“ (20,3%) geantwortet. Elf (13,9%) der Befragten gaben an, dass es in ihrer Abteilung Konflikte wegen des Rauchens gibt.

Zu der Frage „Welche Gründe sprechen in Ihrer Abteilung für ein Rauchverbot?“ waren ebenfalls Mehrfachnennung möglich.

Das Argument „Gesundheitsförderung für Beschäftigte und Patienten“ haben 50 (63%) der 79 Befragten angeführt. 42 (53%) haben einen verbesserten Nichtraucherschutz für MitarbeiterInnen und PatientInnen, 41 (52%) die Vorbildfunktion des Krankenhauses erwähnt, 34 (43%) haben gesetzliche Vorgaben als wichtigsten Grund für ein Rauchverbot im Krankenhaus angegeben. Reduzierung des Krankenstands gaben fünf (6,3%) und verbesserte Mitarbeiterzufriedenheit/- motivation gaben neun (11%) befragte Personen an; letztere waren wenig genannte Gründe für ein Rauchverbot.

35 (44,3%) an der Befragung teilnehmende Personen gaben an, dass durch ein komplettes Rauchverbot, ohne Einrichtung eines Raucherpausenraums, „keine“ Probleme auftreten werden.

14 (18%) der rauchenden MitarbeiterInnen gaben Unzufriedenheit als mögliches Problem an, welches nach einem kompletten Rauchverbot eintreten könnte. Weniger als 10% glauben, dass mögliche Probleme auftauchen könnten. Beispiele dafür wären ein Patientenverlust, mehr Stress, geheimes Rauchen, Qualitätsminderung durch Entzugerscheinungen oder Einschränkung einzelner Personen. Dies scheint 10% bei einem kompletten Rauchverbot im Krankenhausbereich möglich zu sein.

42 (53%) der befragten MitarbeiterInnen wünschen keine Veränderung der derzeitigen Rauchverbotsregelungen im Krankenhaus.

4.2. Ergebnisse aus der Befragung

4.2.1. Rauchfreies Krankenhaus

Die Frage „Befürworten Sie ein rauchfreies Krankenhaus?“ haben von 182 Befragten 103 (56,6%) mit „Ja“ und 79 (43,4%) mit „Nein“ beantwortet (siehe Tabelle 5).

| | | Häufigkeit | Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------------|---------------|------------|--------------|------------------------|
| Gültig | Nein | 79 | 43,4 | 43,4 |
| | Ja | 103 | 56,6 | 100,0 |
| | Gesamt | 182 | 100,0 | |

Tabelle 5: Angaben zum rauchfreien Krankenhaus bei MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder.

Unter den verschiedenen Berufsgruppen haben von 37 (100%) ÄrztInnen 26 (70,3%) mit „Ja“ und 11 (29,7%) mit „Nein“ geantwortet. 44 (54,3%) von 81 (100%) MitarbeiterInnen im Krankenpflegebereich sind für ein rauchfreies Krankenhaus und 37 (45,7%) sind dagegen. Von 33 (100%) Personen im Verwaltungsdienst haben 16 (48,5%) für eine

rauchfreies Krankenhaus und 17 (51,5%) dagegen gestimmt. Von 11 (100%) befragten MTD's waren es 6 (54,5%) MitarbeiterInnen, die mit „Ja“ und 5 (45,5%), die mit „Nein“ geantwortet haben.

Drei (37,5%) von 8 (100%) der befragten MitarbeiterInnen im Wirtschaftsdienst haben die Frage mit „Ja“ und 5 (62,5%) mit „Nein“ beantwortet. Unter der Gruppe Sonstige waren 8 (62,5%) mit „Ja“ und 4 (37,5%) mit „Nein“ (siehe Tabelle 6).

| | | | Rauchfreies Krankenhaus? | | Gesamt | |
|---------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------|--------|--------|
| | | | Nein | Ja | | |
| Bereich | Ärztliche Dienste | Anzahl | 11 | 26 | 37 | |
| | | % innerhalb von Bereich | 29,7% | 70,3% | 100,0% | |
| | Krankenpflege-Dienste | Anzahl | 37 | 44 | 81 | |
| | | % innerhalb von Bereich | 45,7% | 54,3% | 100,0% | |
| | Verwaltungsdienste | Anzahl | 17 | 16 | 33 | |
| | | % innerhalb von Bereich | 51,5% | 48,5% | 100,0% | |
| | Medizinisch technische Dienste | Anzahl | 5 | 6 | 11 | |
| | | % innerhalb von Bereich | 45,5% | 54,5% | 100,0% | |
| | Wirtschaftsdienste | Anzahl | 5 | 3 | 8 | |
| | | % innerhalb von Bereich | 62,5% | 37,5% | 100,0% | |
| | Sonstige | Anzahl | 4 | 8 | 12 | |
| | | % innerhalb von Bereich | 33,3% | 66,7% | 100,0% | |
| | Gesamt | | Anzahl | 79 | 103 | 182 |
| | | | % innerhalb von Bereich | 43,4% | 56,6% | 100,0% |

Tabelle 6: Angaben zum rauchfreien Krankenhaus bei MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder unter sechs Berufsgruppen

Statistisch ist kein Unterschied zwischen den Zustimmungsraten in den Altersgruppen nachweisbar : ($\chi^2(2)=2,143; P=,343$). 24 (64,9%) in der Gruppe der 16- bis 29-Jährigen, 61 (52,6%) in der Gruppe der 30- bis 50-Jährigen und 18 (62,1%) in der Gruppe der über 50- Jährigen haben die Frage mit einem „Ja“ beantwortet (siehe Tabelle 7).

| | | | Rauchfreies Krankenhaus? | | Gesamt |
|--------|-----------|---------------------|--------------------------|-------|--------|
| | | | Nein | Ja | |
| AlterT | 16 bis 29 | Anzahl | 13 | 24 | 37 |
| | | % innerhalb von ALT | 35,1% | 64,9% | 100,0% |
| | 30 bis 50 | Anzahl | 55 | 61 | 116 |
| | | % innerhalb von ALT | 47,4% | 52,6% | 100,0% |
| | Über 50 | Anzahl | 11 | 18 | 29 |
| | | % innerhalb von ALT | 37,9% | 62,1% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 79 | 103 | 182 |
| | | % innerhalb von ALT | 43,4% | 56,6% | 100,0% |

Tabelle 7: Angaben zum rauchfreien Krankenhaus bei MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder unter drei Altersgruppen.

Signifikant ist ein Unterschied bei der Zustimmung von Männern und Frauen ($\chi^2(1)=4,821; P=,028$). Von 86 Männern sind 56 (65,1%) für ein rauchfreies Krankenhaus und 30 (34,9%) dagegen. Bei 96 Frauen sind 47 (49%) für und 49 (51%) gegen ein rauchfreies Krankenhaus (siehe Tabelle 8).

| | | | Rauchfreies Krankenhaus? | | Gesamt |
|------------|------|----------------------------|--------------------------|-------|--------|
| | | | Nein | Ja | |
| Geschlecht | Mann | Anzahl | 30 | 56 | 86 |
| | | % innerhalb von Geschlecht | 34,9% | 65,1% | 100,0% |
| | Frau | Anzahl | 49 | 47 | 96 |
| | | % innerhalb von Geschlecht | 51,0% | 49,0% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 79 | 103 | 182 |
| | | % innerhalb von Geschlecht | 43,4% | 56,6% | 100,0% |

Tabelle 8: Zustimmung oder Ablehnung zum rauchfreien Krankenhaus nach Männern und Frauen am Krankenhauses der Barmherzigen Brüder .

70 MitarbeiterInnen, die an der Befragung teilgenommen haben, sind RaucherInnen und davon haben 24 (34,3%) für ein rauchfreies Krankenhaus und 46 (65,7%) gegen dieses gestimmt. Von 112 Personen, die zu dem Zeitpunkt NichtraucherInnen waren, haben sich 79 (70,5%) für ein rauchfreies Krankenhaus und 33 (29,5%) gegen ein rauchfreies Krankenhaus ausgesprochen (siehe Tabelle 9).

| | | | Rauchfreies Krankenhaus? | | Gesamt |
|-------------------------------|------|---|--------------------------|-------|--------|
| | | | Nein | Ja | |
| Ob die Person derzeit raucht? | Nein | Anzahl | 33 | 79 | 112 |
| | | % innerhalb von Ob die Person derzeit raucht? | 29,5% | 70,5% | 100,0% |
| | Ja | Anzahl | 46 | 24 | 70 |
| | | % innerhalb von Ob die Person derzeit raucht? | 65,7% | 34,3% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 79 | 103 | 182 |
| | | % innerhalb von Ob die Person derzeit raucht? | 43,4% | 56,6% | 100,0% |

Tabelle 9: Zustimmung oder Ablehnung zum rauchfreien Krankenhaus nach RaucherInnen und NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

4.2.2 Rauchfrei-Regelungen

Zu der Frage: „Welche Regelungen für ein rauchfreies Krankenhaus befürworten Sie für unser Krankenhaus?“ mit der Möglichkeit der Mehrfachbewertung, gab es folgende Resultate:

57 (31,3 %) von 182 der Befragten sind für ein „generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume)“. 85 (46,7%) haben sich für die „Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof“ entschieden. 78 (42,9%) haben einem „generellen Rauchverbot mit der Einrichtung von Raucherräumen“ zugestimmt. 54 (29,7%) haben ein „Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus“ gefordert (siehe Tabelle 10).

| Regeln | Ja | Prozent |
|---|----|---------|
| Generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume) | 57 | 31,3 |
| Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof | 85 | 46,7 |
| Generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen | 78 | 42,9 |
| Generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria | 56 | 30,8 |
| Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus | 54 | 29,7 |

Tabelle 10: Anteil von 182 Befragten im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die für die verschiedensten Rauchfrei-Regelungen mit „Ja“ geantwortet haben.

Der geschlechterspezifische Unterschied der Antworten zur Frage: „Welche Regelungen für ein rauchfreies Krankenhaus befürworten Sie für unser Krankenhaus?“ stellt sich folgendermaßen dar:

Statistisch sind die Unterschiede bei der Antwort zu dieser Frage zwischen männlichen und weiblichen MitarbeiterInnen nicht signifikant. Für ein „generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume)“ sind 31 (36%) männliche und 26 (27,10%) weibliche TeilnehmerInnen ($\chi^2(1) = 1,694; P = ,193$). Für die „Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof“ haben sich 36 (41,9%) männliche und 48 (51%) weibliche TeilnehmerInnen entschieden ($\chi^2(1) = 1,536; P = ,215$). Ein „generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen“ haben 35 (40,7%) männliche und 43 (44,80%) weibliche MitarbeiterInnen gewählt ($\chi^2(1) = 0,31; P = 0,577$). Für ein generelles Rauchverbot auch für die Kantine/Cafeteria waren 30 (34,9%) der Männer und 26 (27,1%) der Frauen ($\chi^2(1) = 1,296; P = ,255$). Das „Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus“ haben 31 (36%) Männer und 23 (24%) Frauen ($\chi^2(1) = 3,177; P = ,075$) mit „Ja“ beantwortet (siehe Tabelle 11).

| Regeln | Männer | Prozente | Frauen | Prozente |
|---|--------|----------|--------|----------|
| Generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume) | 31 | 36% | 26 | 27,10% |
| Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof | 36 | 41,90% | 49 | 51% |
| Generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen | 35 | 40,70% | 43 | 44,80% |
| Generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria | 30 | 34,90% | 26 | 27,10% |
| Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus | 31 | 36% | 23 | 24% |

Tabelle 11: Anteil der männlichen und weiblichen MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die für die verschiedensten Rauchfrei-Regelungen mit „Ja“ geantwortet haben.

Statistisch signifikant war der Unterschied in der Beantwortung zur gleichen Frage unter 70 TeilnehmerInnen, die derzeit rauchen und 112 TeilnehmerInnen, die nie geraucht haben oder mit dem Rauchen aufgehört haben. Für ein „generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume)“ sind davon zehn (14,3%) RaucherInnen und 47 (42,00%) derzeitige NichtraucherInnen ($\chi^2(1)=15,342; P<,001$).

Für die „Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhofs“ sind 34 (48,6%) RaucherInnen und 51 (45,5%) NichtraucherInnen ($\chi^2(1)=0,159; P=,069$). Für ein „generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen“ sind 38 (54,3%) RaucherInnen und 40 (35,7%) NichtraucherInnen ($\chi^2(1)=6,067; P=,014$).

Dem „generellen Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria“ haben sechs (8,6%) RaucherInnen und 50 (44,6%) NichtraucherInnen ($\chi^2(1)=26,312; P<,001$) zugestimmt. Für das „Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus“ sind 15 (21,4%) der RaucherInnen und 39 (34,8%) der NichtraucherInnen ($\chi^2(1)=3,703; P=,054$) (siehe Tabelle 12).

| Regeln | Ob die Person derzeit raucht? | | | |
|---|-------------------------------|----------|-----------|----------|
| | Ja(70) | Prozente | Nein(112) | Prozente |
| Generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume) | 10 | 14,30% | 47 | 42,00% |
| Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof | 34 | 48,60% | 51 | 45,50% |
| Generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen | 38 | 54,30% | 40 | 35,70% |
| Generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria | 6 | 8,60% | 50 | 44,60% |
| Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus | 15 | 21,40% | 39 | 34,80% |

Tabelle 12: Anteil der MitarbeiterInnen, die derzeit rauchen und die nie geraucht haben oder mit dem Rauchen aufgehört haben, im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die für die verschiedensten Rauchfrei-Regelungen mit „Ja“ geantwortet haben.

Unter den drei Altersgruppen der 16- bis 29-Jährigen mit 37 TeilnehmerInnen, bei den 30- bis 50- Jährigen mit 116 TeilnehmerInnen und den über 50-Jährigen mit 29 TeilnehmerInnen, haben die Antworten keine statistische Signifikanz ergeben.

Die Frage nach „generellem Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume)“ haben 14 (37,8%) der ersten Gruppe der 16- bis 29-Jährigen, 30 (25,9%) der zweiten Gruppe der 30- bis 50-Jährigen und 13 (44,8%) der dritten Gruppe der über 50-Jährigen mit „Ja“ beantwortet ($\chi^2(2)=4,797; P=,091$).

Die Option „Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof“ haben 19 (51,4%) aus der Gruppe der 16- bis 29-Jährigen, 52 (44,8%) aus der Gruppe der 30- bis 50-Jährigen und 14 (48,3%) aus der Gruppe der über 50-Jährigen ausgewählt ($\chi^2(2)=,514; P=,773$).

Für ein „generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen“ sind 14 (37,8%) aus der Gruppe der 16- bis 29-Jährigen, 53 (45,7%) aus der Gruppe der 30- bis 50-Jährigen und 11 (37,9%) aus der Gruppe der über 50-Jährigen ($\chi^2(2)=1,048; P=,592$).

„Generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria“ haben elf (29,7%) in der Gruppe der 16- bis 29-Jährigen, 34 (29,3%) in der Gruppe der 30- bis 50-Jährigen und 11 (37,9%) in der Gruppe über 50-Jährigen ausgewählt ($\chi^2(2)=,833; P=,659$).

„Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus“ bejahten 14 (37,8%) der 16- bis 29-Jährigen, 30 (25,9%) der 30- bis 50-Jährigen und 10 (34,5%) der über 50-Jährigen ($\chi^2(2)=2,311; P=,315$) (siehe Tabelle 13).

| Regeln | Altersgruppe | | | | | |
|---|--------------|----------|------------|---------|---------|---------|
| | 16-29(37) | Prozente | 30-50(116) | Prozent | 50+(29) | Prozent |
| Generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume) | 14 | 37,80% | 30 | 25,90% | 13 | 44,80% |
| Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof | 19 | 51,40% | 52 | 44,80% | 14 | 48,30% |
| Generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen | 14 | 37,80% | 53 | 45,70% | 11 | 37,90% |
| Generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria | 11 | 29,70% | 34 | 29,30% | 11 | 37,90% |
| Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus | 14 | 37,80% | 30 | 25,90% | 10 | 34,50% |

Tabelle 13: Anteil der MitarbeiterInnen unter drei Altersgruppen, im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die für die verschiedensten Rauchfrei-Regelungen mit „Ja“ geantwortet haben.

Eine statistische Auswertung der Signifikanz bei verschiedenen Berufsgruppen war wegen der geringeren Anzahl der Teilnehmer in einigen Berufsgruppen nicht möglich. Jedoch sind die Ergebnisse auf Tabelle 104 dargestellt (siehe Tabelle 14).

| Regeln | Berufsgruppe | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|--------------|------------|--------------|
| | Arzt | Pflege | Verwaltung | MTD | Wirtschaft | Sonstige |
| | 37(100%) | 81(100%) | 33(100%) | 11(100%) | 8(100%) | 12(100%) |
| Generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume) | 14 (37,8%) | 24 (29,6%) | 6 (18,2%) | 6 (55,5%) | 4 (50%) | 3 (25%) |
| Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof | 9 (24,3%) | 41 (50,6%) | 17 (51,5%) | 8 (72,7%) | 2 (25%) | 8 (66,7%) |
| Generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen | 19 (51,4%) | 30 (37%) | 15 (45,5%) | 4 (36,4%) | 4 (50%) | 6 (50%) |
| Generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria | 18 (48,6%) | 20 (24,7%) | 9 (27,3%) | 2 (18,2%) | 2 (25%) | 5 (41,7%) |
| Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus | 17 (45,9%) | 19 (23,5%) | 9 (27,3%) | 3 (27,3%) | 2 (25%) | 4 (33,3%) |

Tabelle 14: Anteil der MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die für die verschiedensten Rauchfrei-Regelungen mit „Ja“ geantwortet haben.

4.2.3 Beurteilung des Tabakentwöhnungsprogramms im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Rauchstopp allgemein

Von 182 Befragten haben 152 TeilnehmerInnen die allgemeinen Programme zur Reduzierung des Tabakkonsums im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder beurteilt. 30 TeilnehmerInnen haben keine Angaben zu dieser Frage gegeben. Von 152 TeilnehmerInnen schätzten 46 (30,3%) einen allgemeinen Rauchstopp wenig gut, 82 (53,9%) mittel und 24 (15,8%) gut ein. (Tabelle 15)

| Rauchstopp allgemein | | | | | |
|----------------------|-----------|------------|----------|------------------|---------------------|
| | | Häufigkeit | Prozente | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
| Gültig | wenig gut | 46 | 25,3 | 30,3 | 30,3 |
| | mittel | 82 | 45,1 | 53,9 | 84,2 |
| | gut | 24 | 13,2 | 15,8 | 100,0 |
| | Gesamt | 152 | 83,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 30 | 16,5 | | |
| Gesamt | | 182 | 100,0 | | |

Tabelle 15: MitarbeiterInnenbeurteilung aller Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Auch die Beurteilung unter der Gruppe Raucher, Ex- Raucher und Nichtraucher (Tabelle 16) ergab keine statistische Signifikanz ($\chi^2(4)=5,737; P=,223$).

| | | | Rauchstopp Allgemein | | | Gesamt |
|---------------|------------------------|-------------------------------|----------------------|--------|-------|--------|
| | | | Weniger gut | Mittel | gut | |
| Raucherstatus | NichtraucherIn | Anzahl | 19 | 28 | 8 | 55 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 34,5% | 50,9% | 14,5% | 100,0% |
| | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 5 | 21 | 8 | 34 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 14,7% | 61,8% | 23,5% | 100,0% |
| | RaucherIn | Anzahl | 22 | 33 | 8 | 63 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 34,9% | 52,4% | 12,7% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 46 | 82 | 24 | 152 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 30,3% | 53,9% | 15,8% | 100,0% |

Tabelle 16: Beurteilung aller Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von MitarbeiterInnen nach Raucherstatus.

Informationen zum Rauchstopp

Von 182 Befragten haben 152 Teilnehmer die Informationslage zum Thema Tabakkonsum und die Angebote zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder beurteilt. 30 Teilnehmer waren zu keinen Angaben dieser Frage bereit. Von 152 Teilnehmern haben sie 59 (38,8%) als wenig gut, 67 (44,1%) als mittel und 26 (17,1%) als gut beurteilt (siehe Tabelle 17).

Infos zum Rauchstopp

| | | Häufigkeit | Prozente | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|-------------|------------|----------|------------------|---------------------|
| Gültig | weniger gut | 59 | 32,4 | 38,8 | 38,8 |
| | mittel | 67 | 36,8 | 44,1 | 82,9 |
| | gut | 26 | 14,3 | 17,1 | 100,0 |
| | Gesamt | 152 | 83,5 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 30 | 16,5 | | |
| Gesamt | | 182 | 100,0 | | |

Tabelle 17: Beurteilung der Informationslage zur Reduzierung des Tabakkonsums von MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Unter den Gruppen RaucherIn, ehemalige(r) RaucherIn wurden auch statistisch signifikante Unterschiede erkannt ($\chi^2(4)=8,152; P=,086$) (siehe Tabelle 18).

| | | | Infos zum Rauchstopp | | | Gesamt |
|---------------|------------------------|-------------------------------|----------------------|--------|-------|--------|
| | | | weniger gut | mittel | gut | |
| Raucherstatus | NichtraucherIn | Anzahl | 27 | 21 | 7 | 55 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 49,1% | 38,2% | 12,7% | 100,0% |
| | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 8 | 16 | 10 | 34 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 23,5% | 47,1% | 29,4% | 100,0% |
| | RaucherIn | Anzahl | 24 | 30 | 9 | 63 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 38,1% | 47,6% | 14,3% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 59 | 67 | 26 | 152 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 38,8% | 44,1% | 17,1% | 100,0% |

Tabelle 18: Beurteilung der Informationslage zur Reduzierung des Tabakkonsum im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von MitarbeiterInnen nach Raucherstatus.

Tabakentwöhnungskurse/-seminar

Von 182 Befragten haben 151 Teilnehmer die Tabakentwöhnungskurse und das Seminar zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder beurteilt. 31 Teilnehmer haben keine Angaben zu dieser Frage gemacht. Von 151 Teilnehmern haben 68 (45%) sie als wenig gut, 66 (43,7%) als mittel und 17(11,3%) als gut beurteilt (siehe Tabelle 19).

Tabakentwöhnungskurse/-seminar

| | | Häufigkeit | Prozente | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|-------------|------------|----------|------------------|---------------------|
| Gültig | Weniger gut | 68 | 37,4 | 45,0 | 45,0 |
| | Mittel | 66 | 36,3 | 43,7 | 88,7 |
| | Gut | 17 | 9,3 | 11,3 | 100,0 |
| | Gesamt | 151 | 83,0 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 31 | 17,0 | | |
| Gesamt | | 182 | 100,0 | | |

Tabelle 19: Beurteilung der Tabakentwöhnungskurse und des Seminars von MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder.

Unter den Gruppen RaucherIn, ehemalige(r) RaucherInnen gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied ($\chi^2(4)=8,446; P=,075$) (siehe Tabelle 20).

| | | | Tabakentwöhnungskurse/-seminar | | | |
|---------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------|-------|--------|
| | | | Weniger gut | Mittel | Gut | Gesamt |
| Raucherstatus | NichtraucherIn | Anzahl | 31 | 19 | 4 | 54 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 57,4% | 35,2% | 7,4% | 100,0% |
| | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 9 | 19 | 6 | 34 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 26,5% | 55,9% | 17,6% | 100,0% |
| | RaucherIn | Anzahl | 28 | 28 | 7 | 63 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 44,4% | 44,4% | 11,1% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 68 | 66 | 17 | 151 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 45,0% | 43,7% | 11,3% | 100,0% |

Tabelle 20: Beurteilung der Tabakentwöhnungskurse und des Seminars im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von MitarbeiterInnen nach Raucherstatus.

Nikotinersatztherapie

Von 182 der Befragten haben 149 Teilnehmer ihre Beurteilung der Nikotinersatztherapie zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder abgegeben. 33 Teilnehmer haben keine Angaben zu dieser Frage gemacht. Von 149 Teilnehmern haben sie 72 (48,3%) als wenig gut, 59 (39,6%) als mittel und 18(12,1%) als gut beurteilt (siehe Tabelle 21).

| | | Häufigkeit | Prozente | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---------|-------------|------------|----------|------------------|---------------------|
| Gültig | Weniger gut | 72 | 39,6 | 48,3 | 48,3 |
| | Mittel | 59 | 32,4 | 39,6 | 87,9 |
| | Gut | 18 | 9,9 | 12,1 | 100,0 |
| | Gesamt | 149 | 81,9 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 33 | 18,1 | | |
| Gesamt | | 182 | 100,0 | | |

Tabelle 21: Beurteilung der Nikotinersatztherapie von MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder.

Unter den Gruppen RaucherIn, ehemalige(r) RaucherInnen gibt es einen statistisch signifikanten Unterschied ($\chi^2(4)=11,736; P=,019$) (siehe Tabelle 22).

| | | | Nikotinersatztherapie | | | Gesamt |
|---------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------|-------|--------|
| | | | Weniger gut | Mittel | Gut | |
| Raucherstatus | NichtraucherIn | Anzahl | 29 | 17 | 6 | 52 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 55,8% | 32,7% | 11,5% | 100,0% |
| | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 12 | 13 | 9 | 34 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 35,3% | 38,2% | 26,5% | 100,0% |
| | RaucherIn | Anzahl | 31 | 29 | 3 | 63 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 49,2% | 46,0% | 4,8% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 72 | 59 | 18 | 149 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 48,3% | 39,6% | 12,1% | 100,0% |

Tabelle 22: Beurteilung der Nikotinersatztherapie von MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Beratung

Von 182 Befragten haben 150 Teilnehmer ihre Beurteilung der Beratungen zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder angegeben. 33 Teilnehmer gaben keine Antwort zu dieser Frage. Von 150 Teilnehmern haben 68 (45,3%) die Beratungen als wenig gut, 59 (39,3%) als mittel und 23 (15,3%) als gut beurteilt (siehe Tabelle 23).

| | | Beratung | | | |
|---------|-------------|------------|----------|------------------|---------------------|
| | | Häufigkeit | Prozente | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
| Gültig | Weniger gut | 68 | 37,4 | 45,3 | 45,3 |
| | Mittel | 59 | 32,4 | 39,3 | 84,7 |
| | Gut | 23 | 12,6 | 15,3 | 100,0 |
| | Gesamt | 150 | 82,4 | 100,0 | |
| Fehlend | System | 32 | 17,6 | | |
| Gesamt | | 182 | 100,0 | | |

Tabelle 23: Beurteilung der Beratungen zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von MitarbeiterInnen.

Unter den Gruppen RaucherIn, ehemalige RaucherInnen gab es wiederum keinen statistisch signifikante Unterschied ($\chi^2(4)=9,287; P=,054$) (siehe Tabelle 24).

| | | | Beratung | | | Gesamt |
|---------------|------------------------|-------------------------------|-------------|--------|-------|--------|
| | | | Weniger gut | Mittel | Gut | |
| Raucherstatus | NichtraucherIn | Anzahl | 28 | 14 | 11 | 53 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 52,8% | 26,4% | 20,8% | 100,0% |
| | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 11 | 16 | 7 | 34 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 32,4% | 47,1% | 20,6% | 100,0% |
| | RaucherIn | Anzahl | 29 | 29 | 5 | 63 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 46,0% | 46,0% | 7,9% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 68 | 59 | 23 | 150 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 45,3% | 39,3% | 15,3% | 100,0% |

Tabelle 24: Beurteilung der Beratungen zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von MitarbeiterInnen nach Raucherstatus.

Teilnahme an Raucherentwöhnungsprogrammen

39 (56%) von 70 TeilnehmerInnen, die derzeit rauchen, haben mindestens einmal ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören., Von 70 RaucherInnen und 43 ehemaligen RaucherInnen haben 24 (21,2%) am Raucherentwöhnungsprogramm teilgenommen. Das sind zehn (23,3%) der ehemaligen RaucherInnen und 14(20%) der RaucherInnen (siehe Tabelle 25).

| | | | Haben Sie bis jetzt an einem Raucherentwöhnungsprogramm teilgenommen? | | Gesamt |
|---------------|------------------------|-------------------------------|---|-------|--------|
| | | | Nein | Ja | |
| Raucherstatus | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 33 | 10 | 43 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 76,7% | 23,3% | 100,0% |
| | RaucherIn | Anzahl | 56 | 14 | 70 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 80,0% | 20,0% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 89 | 24 | 113 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 78,8% | 21,2% | 100,0% |

Tabelle 25: Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm von MitarbeiterInnen des Krankenhaues der Barmherzigen Brüder

Zehn (23,3%) der ehemaligen RaucherInnen geben an, dass sie Unterstützung gebraucht haben, um mit dem Rauchen aufzuhören (siehe Tabelle 26).

| | | | Haben Sie zum Rauchenaufhören Unterstützung gebraucht?(Ja/Nein) | | Gesamt |
|---------------|------------------------|-------------------------------|---|-------|--------|
| | | | Nein | Ja | |
| Raucherstatus | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 33 | 10 | 43 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 76,7% | 23,3% | 100,0% |

Tabelle 26: Anteil der ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die Unterstützung zum Rauchenaufhören gebraucht haben.

13 (11,5%) haben an Raucherentwöhnungsprogrammen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder teilgenommen. Das sind vier (9,3%) ehemalige Raucher und neun (12,9%) ehemalige Raucherinnen (siehe Tabelle 27).

| | | | Ich habe am Raucherentwöhnungsprogramm in unserem Krankenhaus teilgenommen | | Gesamt |
|---------------|------------------------|-------------------------------|--|-------|--------|
| | | | Nein | Ja | |
| Raucherstatus | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 39 | 4 | 43 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 90,7% | 9,3% | 100,0% |
| | RaucherIn | Anzahl | 61 | 9 | 70 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 87,1% | 12,9% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 100 | 13 | 113 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 88,5% | 11,5% | 100,0% |

Tabelle 27: Anteil der RaucherInnen und ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die an einem Raucherentwöhnungsprogramm im Krankenhaus teilgenommen haben.

Zwölf (10,6%) haben im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder an Raucherentwöhnungsseminaren teilgenommen. Darunter sind drei (7,0%) ehemalige RaucherInnen und neun (12,9%) RaucherInnen (siehe Tabelle 28).

| | | | Raucherentwöhnungs-Seminar | | Gesamt |
|---------------|------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------|--------|
| | | | Nein | Ja | |
| Raucherstatus | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 40 | 3 | 43 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 93,0% | 7,0% | 100,0% |
| | RaucherIn | Anzahl | 61 | 9 | 70 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 87,1% | 12,9% | 100,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 101 | 12 | 113 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 89,4% | 10,6% | 100,0% |

Tabelle 28: Anteil der RaucherInnen und ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die an einem Raucherentwöhnungs-Seminar im Krankenhaus teilgenommen haben.

Vier (3,5%) haben an einer persönlichen Beratung zur Raucherentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder teilgenommen. Das sind zwei (4,7%) der ehemaligen RaucherInnen und zwei (2,9%) der RaucherInnen (siehe Tabelle 29).

| | | | Persönliche Beratung | | Gesamt |
|---------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|--------|
| | | | Nein | Ja | |
| Raucherstatus | ehemalige(r) | Anzahl | 41 | 2 | 43 |
| | | RaucherIn | % innerhalb von Raucherstatus | 95,3% | 4,7% |
| | RaucherIn | Anzahl | 68 | 2 | 70 |
| | | RaucherIn | % innerhalb von Raucherstatus | 97,1% | 2,9% |
| Gesamt | | Anzahl | 109 | 4 | 113 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 96,5% | 3,5% | 100,0% |

Tabelle 29: Anteil der RaucherInnen und ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die eine persönliche Beratung zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus bekommen haben.

13 (11,5%) haben eine Nikotinersatztherapie zur Raucherentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder persönlich genutzt. Darunter waren fünf (11,6%) ehemalige RaucherInnen und acht (11,4%) RaucherInnen (siehe Tabelle 30).

| | | | Nikotinersatztherapie | | Gesamt |
|---------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|--------|
| | | | Nein | Ja | |
| Raucherstatus | ehemalige(r) | Anzahl | 38 | 5 | 43 |
| | | RaucherIn | % innerhalb von Raucherstatus | 88,4% | 11,6% |
| | RaucherIn | Anzahl | 62 | 8 | 70 |
| | | RaucherIn | % innerhalb von Raucherstatus | 88,6% | 11,4% |
| Gesamt | | Anzahl | 100 | 13 | 113 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 88,5% | 11,5% | 100,0% |

Tabelle 30: Anteil der RaucherInnen und ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die eine Nikotinersatztherapie im Krankenhaus bekommen haben.

39 (56%) von 70 TeilnehmerInnen, die derzeit rauchen, haben mindestens einmal ernsthaft versucht mit dem Rauchen aufzuhören.

Erfolg bei Tabakentwöhnungsprogrammen

Von 70 RaucherInnen, die an dieser Studie teilgenommen haben, berichten 39 (55,7%) Personen davon, keinen Erfolg erfahren zu haben. Drei (4,3%) haben es geschafft, bis zu drei Monaten nicht zu rauchen. Neun (12,9%) haben sechs Monate nach dem Entwöhnungsversuch nicht mehr geraucht. Neun (12,9%) haben bis zu einem Jahr durchgehalten und fünf (7,1%) haben mehr als ein Jahr nach dem Versuch der Tabakentwöhnung nicht mehr geraucht. Fünf (7,1%) haben es geschafft, ihren Tabakkonsum nach einer Tabakentwöhnung zu reduzieren (siehe Tabelle 31).

| | | Raucherstatus | |
|---------------|--------------|---------------|-------------------------------|
| | | RaucherIn | |
| | | Anzahl | % innerhalb von Raucherstatus |
| | Keine Erfolg | 3 | 9,7% |
| | Bis 3 Monate | 9 | 29% |
| | Bis 6 Monate | 9 | 29% |
| | Bis 1 Jahr | 5 | 16,1% |
| | Über 1 Jahr | 4 | 13% |
| | Reduziert | 1 | 3,2% |
| Gesamt | | 31 | 100,0% |

Tabelle 31: Angaben zum Erfolg nach Tabakentwöhnungsprogrammen von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Von 43 ehemaligen RaucherInnen haben drei (7%) zwischen drei bis sechs Monate, einer (2,3%) zwischen sechs und zwölf Monate, neun (20,9%) zwischen ein und zwei Jahren und 30 (69,8%) mehr als zwei Jahre nicht geraucht (siehe Tabelle 32).

| | | | Wie lang sind sie EX-RaucherIn? | | | | Gesamt |
|---------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------|----------|--------------|--------|
| | | | 3-6 Monate | 6-12 Monate | 1-2 Jahr | Über 2 Jahre | |
| Raucherstatus | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 3 | 1 | 9 | 30 | 43 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 7,0% | 2,3% | 20,9% | 69,8% | 100,0% |

Tabelle 32: Angaben zur Dauer nach der Entwöhnung des Tabakkonsums bei ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Unter den 43 ehemaligen RaucherInnen haben fünf (11,63%) Krankheiten, elf (25,5%) die Familie, 26 (60,47%) das Gesundheitsbewusstsein und zehn (23,26%) „Sonstiges“ als Grund mit dem Rauchen aufzuhören, angegeben (siehe Tabelle 33).

| Grund | Krankheit | Familie | Gesundheits bewusstsein | Sonstiges |
|---------------------------|-----------|---------|----------------------------|-----------|
| Anzahl | 5 | 11 | 26 | 10 |
| % innerhalb von RaucherIn | 11,63% | 25,58% | 60,47% | 23,26% |

Tabelle 33: Angaben der entscheidenden Gründe den Tabakkonsum zu beenden, bei ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Zwölf (27,9%) der ehemaligen Raucher, die an dieser Studie teilgenommen haben, geben an, dass sie unter Entzugserscheinungen gelitten haben (siehe Tabelle 34).

| | | | Entzugserscheinungen Ja/Nein? | | Gesamt |
|---------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------|--------|
| | | | Nein | Ja | |
| Raucherstatus | ehemalige(r) RaucherIn | Anzahl | 31 | 12 | 43 |
| | | % innerhalb von Raucherstatus | 72,1% | 27,9% | 100,0% |

Tabelle 34: Angaben zu Entzugserscheinungen nach Beendigung des Tabakkonsums bei ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Zu der Frage „Sind Sie mit Rauchpausen einverstanden?“ haben 17 (25%) der NichtraucherInnen mit „Ja“ geantwortet. 18 (26,1%) war es egal und 34 (49,3%) der NichtraucherInnen sind mit den Rauchpausen nicht einverstanden (siehe Tabelle 35).

| | Einverstanden mit Rauchpausen | | | |
|-----------------|--------------------------------------|-------------|-------------|---------------|
| | Ja | Egal | Nein | Gesamt |
| Anzahl | 17 | 18 | 34 | 69 |
| Prozente | 25% | 26,10% | 49,30% | 100% |

Tabelle 35: Angaben zu Rauchpausen bei NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Zu der Frage „Können Sie nachvollziehen, dass eine Person gerne raucht?“ haben 44 (63,77%) der NichtraucherInnen mit „Ja“ geantwortet. 25 (36,23%) der befragten NichtraucherInnen können nicht nachvollziehen, dass eine Person raucht (siehe Tabelle 36).

| | Können Sie nachvollziehen, dass eine Person gerne raucht? | | |
|-----------------|--|-------------|---------------|
| | Ja | Nein | Gesamt |
| Anzahl | 44 | 25 | 69 |
| Prozente | 63,77% | 36,23% | 100% |

Tabelle 36: Angaben zur Akzeptanz des Rauchens von NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

64 (92,75%) der NichtraucherInnen sehen Rauchen als eine Sucht an (siehe Tabelle 37).

| | Ist Rauchen ein Suchtproblem ? | | |
|-----------------|---------------------------------------|-------------|---------------|
| | Ja | Nein | Gesamt |
| Anzahl | 64 | 5 | 69 |
| Prozente | 92,75% | 7,25% | 100% |

Tabelle 37: Angaben zum Rauchen als eine Sucht von NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

50 (72,5%) der NichtraucherInnen, die an dieser Studie teilgenommen haben, sind der Meinung, dass sie am Arbeitsplatz durch Passivrauchen gesundheitliche Schäden erlangen (siehe Tabelle 38).

| | Gesundheitliche Schäden durch Passivrauchen am Arbeitsplatz? | | |
|----------------|---|-------------|--------------|
| | Ja | Nein | Total |
| Anzahl | 50 | 19 | 69 |
| Prozent | 72,50% | 27,50% | 100% |

Tabelle 38: Angaben zu gesundheitlichen Schäden durch Passivrauchen von NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

49 (71%) der befragten NichtraucherInnen sind zufrieden mit den Maßnahmen zum Schutz vor dem Passivrauch. 20 (29%) sind mit der derzeitigen Situation nicht zufrieden (siehe Tabelle 39).

| | Zufrieden mit den Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen ? | | |
|-----------------|---|-------------|---------------|
| | Ja | Nein | Gesamt |
| Anzahl | 49 | 20 | 69 |
| Prozente | 71,00% | 29,00% | 100% |

Tabelle 39: Angaben zur Zufriedenheit der Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen von NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Acht (11,6%) sind mit den Maßnahmen zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder zufrieden, 14 (20,3%) sagen, sie seien nicht zufrieden, 18 (26,1%) sind der Frage gegenüber gleichgültig und 29 (42%) glauben, dass mehr getan werden könnte (siehe Tabelle 40).

| | Maßnahmen zur Tabakentwöhnung in unserem Krankenhaus ausreichend und sinnvoll? | | | | |
|-----------------|---|-------------|-------------|-------------------------|---------------|
| | Ja | Nein | Egal | Könnte mehr sein | Gesamt |
| Anzahl | 8 | 14 | 18 | 29 | 69 |
| Prozente | 11,60% | 20,30% | 26,10% | 42,00% | 100% |

Tabelle 40: Angaben zu den Maßnahmen zur Tabakentwöhnung von NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

59 (85,5%) der befragten NichtraucherInnen sind bereit, die RaucherkollegInnen in ihren Bemühungen, mit dem Rauchen aufzuhören, zu unterstützen (siehe Tabelle 41).

| | Würden Sie die RaucherkollegInnen, die mit dem Rauchen aufzuhören wollen, unterstützen? | | |
|-----------------|--|-------------|---------------|
| | Ja | Nein | Gesamt |
| Anzahl | 59 | 10 | 69 |
| Prozente | 85,50% | 14,50% | 100% |

Tabelle 41: Angaben zur Bereitschaft der NichtraucherInnen, die RaucherkollegInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder bei der Tabakentwöhnung zu unterstützen.

31 (44,3%) der 70 befragten RaucherInnen sind mit ihrem Rauchverhalten nicht zufrieden (siehe Tabelle 42).

| | Zufrieden mit Ihrem Rauchverhalten? | | |
|-----------------|--|-------------|---------------|
| | Ja | Nein | Gesamt |
| Anzahl | 39 | 31 | 70 |
| Prozente | 55,70% | 44,30% | 100% |

Tabelle 42: Angaben zum Rauchverhalten von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

18 (25,7%) RaucherInnen, die an dieser Befragung teilgenommen haben, haben einen größeren Tabakkonsum, wenn sie im Dienst sind (siehe Tabelle 43).

| | Rauchen Sie mehr, wenn Sie Dienst haben? | | | |
|-----------------|---|-------------|----------------|---------------|
| | Ja | Nein | Fehlend | Gesamt |
| Anzahl | 18 | 50 | 2 | 70 |
| Prozente | 25,70% | 71,40% | 2,90% | 100% |

Tabelle 43: Angaben zum Rauchverhalten während den Dienstzeiten von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Von 70 befragten RaucherInnen rauchen 29 (41,43%) der TeilnehmerInnen bis zu zehn Zigaretten. Weitere 32 (45,71%) rauchen elf bis 20 Zigaretten pro Tag (siehe Tabelle 44).

| | Wie viele Zigaretten rauchen Sie normalerweise pro Tag? | | | | |
|-----------------|--|-----------------|------------------|---------------|---------------|
| | Mehr als 30 | 21bis 30 | 11 bis 20 | Bis 10 | Gesamt |
| Anzahl | 1 | 8 | 32 | 29 | 70 |
| Prozente | 1,43% | 11,45% | 45,71% | 41,43% | 100% |

Tabelle 44: Angaben zu der Zahl der gerauchten Zigaretten pro Tag von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Unter den 70 befragten RaucherInnen kann die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören als eine sehr schwache bis mittlere Motivation betrachtet werden. Sehr stark ausgeprägt ist der Wunsch nur bei 8,57% der befragten RaucherInnen (siehe Tabelle 45).

| | Wie stark ausgeprägt ist Ihre Absicht aufzuhören? | | | | | | |
|-----------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Fehlend | Gesamt |
| Anzal | 17 | 13 | 27 | 6 | 6 | 1 | 70 |
| Prozente | 24,29% | 18,57% | 38,57% | 8,57% | 8,57% | 1,428571 | 100% |

1=sehr schwach; 5=sehr stark

Tabelle 45: Angaben zur Absicht das Rauchen aufzugeben von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

24 (34,29%) der befragten RaucherInnen wünschen sich persönliche Hilfe, um sich das Rauchen abzugewöhnen (siehe Tabelle 46).

Am ehesten wünschen sich RaucherInnen Unterstützung durch einen Tabakentwöhnungskurs (21,4%), eine Nikotinersatztherapie (17,1%) und mehrere Einzelberatungen (15,7%).

| | Hätten Sie gerne persönliche Hilfe, um sich das Rauchen abzugewöhnen? | | | |
|-----------------|--|-------------|----------------|---------------|
| | Ja | Nein | Fehlend | Gesamt |
| Anzal | 24 | 45 | 1 | 70 |
| Prozente | 34,29% | 64,29% | 1,43% | 100% |

Tabelle 46: Angaben zu den Wünschen nach Hilfe um das Rauchen aufzugeben von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

5. Diskussion

Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten im Prozess der Genesung begleitet werden. Gesundheitsschädigendes Verhalten wie der Tabakkonsum sollte somit im Krankenhaus untersagt sein. Wichtige Aufgaben sind die Information über die gesundheitsschädigende Wirkung durch das Rauchen und die Unterstützung beim Prozess des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum. Das Krankenhauspersonal hat hier eine Vorbildfunktion zu erfüllen.

Die Gewährleistung des NichtraucherSchutzes und die Schaffung einer rauchfreien Umgebung für Beschäftigte, PatientInnen und BesuchernInnen sollten eine unverzichtbare Aufgabe der Krankenhäuser sein.

Die davon betroffenen MitarbeiterInnen sollten, um ihre Gewohnheit aufzugeben, vom Arbeitgeber Unterstützung erhalten.

5.1 Raucherprävalenz bei KrankenhausmitarbeiterInnen

Für viele RaucherInnen ist das Rauchen eine gesellschaftlich anerkannte Copingstrategie, um Stress zu bewältigen.

Die typischen Merkmale des modernen Krankenhausarbeitsplatzes, wie Schichtdienst, ein hohes Verantwortungsprofil und hohe Leistungsanforderungen, verstärken den arbeitsbezogenen Stress und damit den Nikotinkonsum bei KrankenhausmitarbeiterInnen (vgl. Altner et. al., 2009). (9)

Nach der Studie von Vagropoulos et al. (2006) sind in einem griechischen Spital 50% der MitarbeiterInnen RaucherInnen und 32 % Ex- RaucherInnen.

Von den SpitalsmitarbeiterInnen hat das Krankenpflegepersonal mit 57% die höchste Raucherprävalenz und Ärzte mit 31% weisen die niedrigste auf.

Diese Studie zeigt auch, dass die Raucherprävalenz der KrankenhausmitarbeiterInnen (50%) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (37,6%) deutlich höher ist.

Eine weitere Studie von Vardavas (2009) zeigt ähnliche Zahlen im Hinblick auf die Raucherprävalenz bei den SpitalsmitarbeiterInnen im Bereich der Pflege mit 57,8% und bei den ÄrztInnen von 34,5%.

Ficara et al (2010) berichten nach einer Studie, die in sechs Krankenhäusern durchgeführt wurde, von einem doppelt so hohen Raucheranteil von KrankenhausmitarbeiterInnen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (44% vs. 22%).

Die Studie von Lewis, Shin und Davies zeigt eine niedrigere Raucherprävalenz bei den ÄrztInnen in UK im Vergleich zu den ÄrztInnen in anderen Ländern. Allerdings fanden die Studien in unterschiedlichen Zeiträumen statt. Die Raucherprävalenz bei MitarbeiterInnen im Krankenpflegebereich ist mit 9%, im Vergleich zu den gleichen Berufsgruppen in anderen Ländern, wie zum Beispiel Polen und Griechenland, ebenfalls eine deutlich niedrigere.

Die Befragung im Jahr 2006 in sechs österreichischen Krankenhäusern ergibt einen regelmäßigen RaucherInnenanteil von 27,3%. 15,5% sind GelegenheitsraucherInnen und 28,1% Ex-RaucherInnen. Damit liegt der Anteil der Nie-RaucherInnen knapp unter 40%. Die Raucherprävalenz unter den SpitalsmitarbeiterInnen (ÄrztInnen niedrigste Prävalenz etc.) und Berufen, die nicht im Gesundheitsbereich liegen, sind in österreichischen und in internationalen Studien ähnlich.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine vergleichbare Raucherprävalenz unter den MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien. 27% der männlichen und 28,7% der weiblichen MitarbeiterInnen konsumieren regelmäßig Tabak.

Die Gesundheitsbefragung von 2006/07 ergab eine Raucherprävalenz von 19% bei der weiblichen und 28% bei der männlichen Bevölkerung in Österreich. Ein vergleichbarer Unterschied ist weder in der Studie des Ludwig Boltzmann Instituts, noch in dieser Studie erkennbar.

Insgesamt liegt die Raucherprävalenz von KrankenhausmitarbeiterInnen bei 28,2%, was etwas höher als der Raucheranteil im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist.

Die Studie ergibt eine höhere Raucherprävalenz unter MitarbeiterInnen des Krankenpflegedienstes sowie des Verwaltungsdienstes und eine niedrigere Raucherprävalenz unter ÄrztInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Studien aus Griechenland (Vagropoulos et al., 2006) und Polen (Cofta & Staszewski, 2008) zeigen ähnliche Resultate.

Von den MitarbeiterInnen im Spital ist der höchste Anteil im Bereich der Pflege mit 48,1% des Personals zu finden. Im Bereich der Pflege sind 33,5% RaucherInnen. Somit hat der Pflegebereich einen großen Einfluss auf den Gesamtraucheranteil.

ApothekerInnen, Seelsorge, SozialarbeiterInnen und KindergartenmitarbeiterInnen haben beratende und vorbildhafte Funktionen. Diese Berufsgruppen fallen unter die Berufsgruppe ‚Sonstige‘. Möglicherweise ist dies die Erklärung für die niedrige Raucherprävalenz in dieser Sparte.

Die „Null- Raucherprävalenz“ unter den männliche MTD's ist durch den geringen Anteil 3(5,4%) der männlichen Mitarbeiter in diesem Bereich zu vermuten.

5.2 Schutz vor Passivrauchen

2007 signalisierte die WHO in ihrem Bericht die dringende Notwendigkeit eines 100%igen rauchfreien Arbeitsplatzes, um die Exposition des Passivrauchens zu vermeiden. Die WHO forderte alle Länder auf, strengere Regeln für das Rauchverbot an öffentlichen Plätzen und in geschlossenen Arbeitsplätzen zu erlassen.

Tabakrauch beinhaltet mehr als 4000 Chemikalien. Über 50 davon sind krebserregend. Passivrauchen verursacht schwere kardiovaskuläre Erkrankungen und einen vorzeitigen Tod. Überall, wo Rauchen erlaubt ist, findet man auch Passivrauchen vor. Laut der Weltgesundheitsorganisation ist jedes zweite Kind durch Passivrauchen gefährdet, besonders zu Hause (vgl. WHO, 2007).

50 (72,5%) der NichtraucherInnen, die an der Studie teilgenommen haben, sind der Meinung, dass sie am Arbeitsplatz durch das Passivrauchen Gesundheitsschäden erleiden. 53% der Befragten sehen die Begründung für ein generelles Rauchverbot in der Verbesserung des Nichtraucherschutzes.

Die Studie von Fernández et al. (2008) aus Spanien berichtet über einen signifikanten Rückgang der Nikotinkonzentration in der Raumluft nach der Implementierung neuer Rauchverbotsregeln.

Pausenräume, in denen nach dem Garten am meisten geraucht wird, stellen ein besonderes Risiko für die PassivraucherInnen dar. 13,9% geben an, dass es deswegen Konflikte

zwischen RaucherInnen und NichtraucherInnen gibt. Heimliches Rauchen im Nichtraucherbereich und in Pausenräumen sind die wichtigsten Gründe für die Konflikte neben den Rauchpausen. 29% der Befragten NichtraucherInnen sind mit den Maßnahmen zum Schutz vor dem Passivrauchen nicht zufrieden.

Neben den Gesundheitsschäden steigert das Passivrauchen auch die Gesundheitskosten direkt oder indirekt. Die Zufriedenheit der NichtraucherInnen, die Verringerung der Brandgefahr und die Verringerung des Reinigungsaufwandes sind ebenfalls Faktoren, die für ein Rauchverbot am Arbeitsplatz sprechen.

5.3 Tabakentwöhnungsprogramme im Setting Krankenhaus

Die positive Wirkung von professioneller Unterstützung in Bezug auf Tabakentwöhnung ist bekannt. Auch die kleinsten Interventionen - durch Angehörige der Gesundheitsberufe - haben einen effektiven Einfluss auf die Compliance zur Tabakentwöhnung.

Eine kanadische Studie von Boily et al. (2006) berichtet, dass die Notwendigkeit zur Anpassung der Curricula für Gesundheitsberufe (wie Medizin, Gesundheits- und Krankenpflege, ApothekerInnen etc.) ein Training für Tabakentwöhnungsprogramme inkludieren sollte.

Es gibt mehr Trainingsangebote für Mediziner und Krankenpflegepersonal als für ZahnärztInnen und ApothekerInnen.

Aus den bereits bestehenden Angeboten im Krankenhaus könnten ideale Trainingsprogramme für Studierende bzw. Auszubildende und für praktizierende KrankenhausmitarbeiterInnen entwickelt werden (vgl. Boily et.al, 2006).

Strobl und Latter (1998) sehen die begrenzte Wirkung eines Rauchverbots im Krankenhaus in den Rauchgewohnheiten der MitarbeiterInnen. Non-compliance, fehlende Partizipation und fehlende Unterstützung für Verhaltensänderung werden dafür als maßgebende Faktoren angesehen.

Auch in der polnischen Studie berichten Cofta und Staszewski (2008) über die mangelnde Unterstützung für RaucherInnen, um ihre Tabakabhängigkeit zu beenden. Nur 6% der RaucherInnen und der Ex-RaucherInnen haben eine Unterstützung zur Beendigung des

Tabakkonsums erhalten, obwohl laut dieser Studie 82,6% der RaucherInnen ihre Raucherkarriere beenden wollten.

In der Studie von Donovan (2009) aus Irland haben 14% der Befragten ein Training zur Tabakentwöhnung vom Arbeitgeber erhalten.

Nach Berkelmans et al. (2011) benötigen RaucherInnen mit einer moderaten bis hohen Nikotinabhängigkeit individuelle Entwöhnungstherapien und Motivation.

Stress, Angst vor Gewichtszunahme und Unruhe sind die Hauptargumente gegen Rauchstopp und Tabakentwöhnung. In einer anderen Studie berichten Nagle et. al., dass über 50% der RaucherInnen, welche die Raucherzonen außerhalb des Krankenhausgebäudes benutzen, KrankenhausmitarbeiterInnen sind. Die oben genannten Faktoren bestätigen den dringenden Bedarf von individuellen Tabakentwöhnungstherapien für KrankenhausmitarbeiterInnen.

Michaelson et al. (2002) berichten über den Erfolg einer forcierten Tabakentwöhnungstherapie in Deutschland mit 140 TeilnehmerInnen. Nach 3 Monaten waren 38,2% und nach 6 Monaten 29,7% der TeilnehmerInnen abstinent. Auch die Anzahl der gerauchten Zigaretten bei Rückfälligen wurde weniger.

Auch Wernz et al. (2009) berichteten über die erfolgreiche Umsetzung des Rauchverbots durch einen demokratischen Prozess der einzelnen Schritte in Verbindung mit einem therapeutischen Angebot.

Die Tabakentwöhnungsprogramme im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien wurden von 84% an der Studie teilnehmenden MitarbeiterInnen - als „weniger gut“ bis „mittel“ beurteilt. Alle Maßnahmen zusammen wurden von weniger als 16% als „gut“ beurteilt. Tabelle 47.

Bis auf die Nikotinersatztherapie (NRT- Nikotin Replacement Therapy) gab es in den diversen Raucherstatusgruppen keinen signifikanten Unterschied in der Beurteilung.

26,5% der ehemaligen RaucherInnen, die an dieser Studie teilnahmen, haben NRT als „gut“ beurteilt. Nur 4,8 % der RaucherInnen beurteilten NRT als „gut“. Eine mögliche Erklärung dafür könnte ein Vorurteil der RaucherInnen gegenüber den Nikotinersatzpräparaten sein.

| Beurteilung | Rauchstopp allgemein | | Information | | Seminar/Kurse | | Beratung | | Nikotin Ersatz Therapie | |
|--------------------|----------------------|---------|-------------|---------|---------------|---------|----------|---------|-------------------------|---------|
| | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent |
| Gut | 24 | 15,80% | 26 | 17,10% | 17 | 11,30% | 23 | 15,30% | 18 | 12,10% |
| Mittel | 82 | 53,90% | 67 | 44,10% | 66 | 43,70% | 59 | 39,30% | 59 | 39,60% |
| Weniger gut | 46 | 30,30% | 59 | 32,40% | 68 | 45,00% | 68 | 45,30% | 72 | 48,30% |
| Gesamt | 152 | 83,50% | 152 | 38,80% | 151 | 83% | 150 | 82,40% | 149 | 81,90% |
| Fehlend | 30 | 16,50% | 30 | 16,50% | 31 | 17% | 32 | 17,60% | 33 | 18,10% |

Tabelle 47: Beurteilung verschiedener Raucherentwöhnungsprogramme im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

56% der TeilnehmerInnen an dieser Studie, die derzeit Tabak konsumieren, haben mindestens einmal ernsthaft versucht das Rauchen aufzugeben und 20% der RaucherInnen nahmen an einem Tabakentwöhnungsprogramm teil. 12,9% der RaucherInnen nahmen am Tabakentwöhnungsprogramm im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder teil, die meisten davon im Raucherentwöhnungsseminar (12,9%) und in der Nikotinersatztherapie (11,4%). Von 31 Angaben wurde ein Drittel der RaucherInnen nach 3 Monaten (29%) oder 6 Monaten (29%) nach ihrem Versuch mit dem Rauchen aufzuhören, wieder rückfällig.

23,3% der ehemaligen RaucherInnen haben eine Unterstützung zur Raucherentwöhnung benötigt und nahmen am Raucherentwöhnungsprogramm teil. 9,3% der ehemaligen RaucherInnen haben an einem Tabakentwöhnungsprogramm im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder teilgenommen.

Von den 43 ehemaligen RaucherInnen sind

- 3 (7%) zwischen 3 bis 6 Monaten
- 1 (2,3%) zw. 6-12 Monaten
- 9 (20,9%) zw. 1-2 Jahr(en)
- 30 (69,8%) mehr als 2 Jahre

abstinent.

Für den Großteil dieser ehemaligen RaucherInnen war das Gesundheitsbewusstsein der Grund für die Raucherentwöhnung.

72% der ehemaligen RaucherInnen gaben an, dass sie unter keinen Entzugserscheinungen gelitten haben. Bei den restlichen 28% waren Nervosität, Unruhe und Schlaflosigkeit die häufigsten Symptome des Entzuges.

Die Tabakabhängigkeit kann die Gesundheit schwer beeinträchtigen und auch tödliche Folgen haben. Es besteht eine sehr dringende Notwendigkeit der Förderung von Raucherentwöhnung unter KrankenhausmitarbeiterInnen. Ernsthafte Interventionen und Entwöhnungsprogramme sollten zur Ausbildung und zur täglichen Praxis der Gesundheitsberufe gehören, um eine nachhaltige Reduzierung des allgemeinen Tabakkonsums zu erreichen. Die Tabakentwöhnung und ein rauchfreies Krankenhaus sollten ein fester Bestandteil der innenbetrieblichen Kommunikation werden.

5.4 Rauchverbot und rauchfreie Krankenhäuser

Die erfolgreiche Implementierung von JCAHO Standards hat zur Folge, dass die amerikanischen Krankenhäuser ein allgemeines Rauchverbot am Arbeitsplatz verkündet haben. Ein Rauchverbot, das primär zum Schutz der PatientInnen umgesetzt wurde, hatte auch eine positive Wirkung auf das Rauchverhalten und damit auf die Gesundheit des Krankenhauspersonals. Dadurch wurde eine hohe Rate an Rauchstopp und Abstinenz der damaligen RaucherInnen, seitens des Krankenhauspersonals erreicht. (Fee, 2004)

Eine Studie von Longo et al. zeigte ein Jahr nach Implementierung der JCAHO Standards, dass 96% der 1055 untersuchten amerikanischen Krankenhäuser die neuen Standards adaptiert hatten. 41,4% haben sogar strengere Regeln als die JCAHO Standards implementiert.

Laut Williams et al. hatten im Jahr 2008 45% der US Spitäler (im Vergleich dazu nur 3% im Jahr 1992) eine rauchfreie Campus Strategie. Weitere 15% verfolgen eine solche Strategie.

Auch die Studie von Wheeler et. al. zeigte eine MitarbeiterInnenakzeptanz (89,6%) für ein rauchfreies Krankenhaus. 91,6% der KrankenhausmitarbeiterInnen glauben, dass sie eine

Vorbildfunktion haben. Es gab keinen Patientenverlust, keine Patientenunzufriedenheit oder Minderung der Patientenzahl nach der Implementierung des Rauchverbots.

Nach der Studie von Longo et al. (2001) haben die MitarbeiterInnen in den Spitälern mit einem Rauchverbot eine größere Raucherentwöhnungsrate und eine kürzere Dauer der Entwöhnung im Vergleich zu MitarbeiterInnen von Betrieben, in denen Rauchen am Arbeitsplatz nicht verboten ist. Die Rückfallquoten sind jedoch in beiden Gruppen gleich.

Die Studie von Lewis et al. berichtet, dass sich 57% der befragten KrankenhausmitarbeiterInnen ein komplettes Rauchverbot im Krankenhaus wünschen und 40% wünschen sich ein Rauchverbot mit Raucherräumen.

Bei der Befragung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder haben 56,6% der TeilnehmerInnen ein rauchfreies Krankenhaus befürwortet. Berufsgruppen mit weniger Raucherprävalenz, wie Ärzte und Sonstige Berufsgruppen, haben im Vergleich zu Berufsgruppen mit höherer Raucherprävalenz, wie der Pflegedienst, der Wirtschaftsdienst und der Verwaltungsdienst, häufiger ein rauchfreies Krankenhaus befürwortet. Obwohl die Raucherprävalenz ähnlich ist, gibt es einen signifikanten Unterschied bei männlichen (65,1%) und weiblichen (49%) MitarbeiterInnen in Bezug auf den Wunsch nach einem rauchfreien Krankenhaus.

Ebenfalls einen deutlichen Unterschied gibt es bei dieser Entscheidung (rauchfreies Spital) zwischen RaucherInnen und NichtraucherInnen.

70,5% der NichtraucherInnen fordern ein rauchfreies Krankenhaus, im Vergleich dazu 34,3% der RaucherInnen. Unter verschiedenen Berufsgruppen besteht kein signifikanter Unterschied.

Welche Regelungen sind für ein rauchfreies Krankenhaus realistisch? Welche Folgen und Beschwerden sind zu erwarten? Was wünschen sich die MitarbeiterInnen für einen gesunden, rauchfreien Arbeitsplatz?

Zu der Frage „Welche Regelungen für ein rauchfreies Krankenhaus befürworten Sie für unser Krankenhaus?“ haben die meisten MitarbeiterInnen der Barmherzigen Brüder Wien für die „Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof“ (46,7%) oder für ein „generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen“ (42,9%) gestimmt.

Ein signifikanter Unterschied zwischen RaucherInnen, Ex-RaucherInnen und Nie-RaucherInnen ist bei der bevorzugten Wahl der verschiedenen Antwortmöglichkeiten zu finden.

Die derzeit rauchenden MitarbeiterInnen haben sich größtenteils für die Antwort „Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof“ (48,6%) bzw. für „ein generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen“ (54,3%) entschieden. Folgende Antwortmöglichkeiten jedoch - ein „generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria“ (8,6%), ein „generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume)“ (14,3%) und „Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus“ (21,4%) - fanden wenig Zuspruch.

Im Gegensatz dazu hat die Mehrheit der NichtraucherInnen die „Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof“ (51%), gewünscht, aber auch für ein „generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria“ (44,6%) und für ein „generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume)“ (42%) gestimmt.

Ein „generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen“ befürworteten nur 35,7% der NichtraucherInnen. Hier gab es keinen bedeutsamen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen MitarbeiterInnen, MitarbeiterInnen in verschiedenen Altersgruppen oder diversen Arbeitsbereichen.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen den Wunsch aller MitarbeiterInnen nach einem rauchfreien Krankenhaus. Alle TeilnehmerInnen wünschen sich ein rauchfreies Krankenhaus, welches die Bedürfnisse der RaucherInnen zum Teil berücksichtigt. Die NichtraucherInnen wünschen ein gänzlich rauchfreies Krankenhausgebäude und ein Tabakverkaufsverbot im Krankenhaus.

Die Zahl der gerauchten Zigaretten pro Tag (41,4% bis 10 Zigaretten und 45,7% 11 bis 20 Zigaretten) zeigt, dass die Mehrheit der KrankenhausmitarbeiterInnen keine starken RaucherInnen sind. Ein Viertel der RaucherInnen gibt an, mehr zu rauchen, wenn sie im Dienst sind.

44,3% der befragten RaucherInnen sind mit ihrem Rauchverhalten nicht zufrieden, aber nur ein kleiner Teil hat die starke Absicht mit dem Rauchen aufzuhören. Ein Drittel (34,3%) wünscht sich eine Unterstützung um ihr Rauchverhalten zu ändern oder damit aufzuhören. 85,5% der befragten NichtraucherInnen sind bereit, ihre RaucherkollegInnen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, zu unterstützen.

6. Limitations

Durch Arbeitsstress, Zeitmangel, arbeitsbedingte Isolierung wie im OP, in der Zentralsterilisation oder in den Intensivstationen war es sehr schwierig bzw. nur möglich, eine geringe Teilnehmerzahl, in den angeführten Berufsgruppen, für diese Studie zu erreichen.

24 TeilnehmerInnen der Studie haben angegeben Nie-RaucherInnen zu sein. Jedoch haben diese Personen bei den Kontrollfragen mit der Frage, ob sie jemals geraucht haben, mit „JA“ geantwortet. Mögliche Gründe hierfür könnten etwa sein, dass die Rauchentwöhnung Jahre zurück liegt, sie das Rauchen lediglich „probiert“ haben oder dass sie als Nie-RaucherInnen unter den ArbeitskollegInnen bekannt sind und deshalb den früheren Tabakkonsum vor den KollegInnen geheim halten wollen. Jedoch gaben diese oben genannte Nie-RaucherInnen bei der anonymen Befragung zu, dass sie irgendwann einmal geraucht haben. Diese Nie-RaucherInnen werden in dieser Studie weiterhin als Nie-RaucherInnen geführt.

Durch das Fehlen einer Dokumentation oder Daten über die durchgeführten Tabakentwöhnungsprogramme (wie Kosten, Teilnehmer etc.) war es nicht möglich alle TeilnehmerInnen in meiner Studie zu involvieren.

Des Weiteren gibt es keine Daten über die Raucherprävalenz der KrankenhausmitarbeiterInnen vor der Implementierung der Raucherentwöhnungsprogramme und der Rauchfreiregelung. Dadurch ist es nicht möglich den Trend der Raucherprävalenz zu analysieren.

Die Pflegeakademie ist eine eigene Kostenstelle und die Auszubildenden haben ein „eigenes“, anderes Rauchverhalten als die regulären KrankenhausmitarbeiterInnen. Deswegen sind Lehrkräfte und Auszubildende an der Pflegeakademie von dieser Studie exkludiert.

Durch die geringere Anzahl der MitarbeiterInnen, die das Rauchen beendet haben, war es nicht möglich, die quotierte Stichprobenzahl von 60 zu erreichen.

7. Schlussfolgerung

Angehörige der Gesundheitsberufe haben als GesundheitsexpertInnen eine sehr wichtige Aufgabe und Verantwortung im Hinblick auf die Tabakkonsumreduktion. Tabakentwöhnung bzw. Reduzierung des Tabakkonsums sollten eine der obersten Prioritäten in der medizinischen Versorgung sein. Die Krankenhäuser nehmen dabei eine wichtige Rolle innerhalb des Versorgungssystems ein.

Schichtdienst, ein hohes Verantwortungsprofil, hohe Leistungsanforderungen und emotionale Ereignisse verstärken den arbeitsbezogenen Stress und damit mit großer Wahrscheinlichkeit den Nikotinkonsum bei KrankenhausmitarbeiterInnen. Dies erklärt möglicherweise die erhöhte Raucherprävalenz unter den KrankenhausmitarbeiterInnen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

Der Unterschied bzgl. der Raucherprävalenz zwischen ÄrztInnen und anderen Berufsgruppen gehört genauer analysiert. Soweit ich feststellen konnte, gibt es darüber keine Studien.

Die Raucherprävalenz zwischen Männern und Frauen ist ähnlich. Raucherprävalenz unter Frauen beeinflusst stark die gesamte Raucherprävalenz unter den KrankenhausmitarbeiterInnen. Dies ist aufgrund des höheren Anteils der Frauen in dieser Berufssparte anzunehmen.

Ein rauchfreier, gesunder Arbeitsplatz wird von allen MitarbeiterInnen gewünscht. Die Krankenhäuser haben somit die gesetzliche und vorbildhafte Aufgabe, die MitarbeiterInnen und PatientInnen vor dem Passivrauch zu schützen.

Die vorliegende Studie bestätigt die geringe Teilnahme der KrankenhausmitarbeiterInnen an Tabakentwöhnungsprogrammen. Durch eine gute Kommunikation, Motivation und regelmäßige Wiederholungen könnte das Interesse und die Teilnehmerzahl gesteigert werden.

Damit könnte eine Verbesserung in Bezug auf die Vorurteile der RaucherInnen gegen die Wirksamkeit der Entwöhnungsprogramme erreicht werden und die Rückfallquote im ersten Jahr nach dem Entwöhnungsprogramm verringert werden.

MitarbeiterInnen sollten von Anfang an in allen Phasen, von der Entwicklung bis hin zur Implementierung der Richtlinien und Strategien mit einbezogen werden.

Verschiedene Studien zeigen den Erfolg eines rauchfreien Krankenhauses.

Wichtig ist die RaucherInnen vor einer möglichen Diskriminierung zu schützen und ihnen eine Unterstützung zur Tabakentwöhnung anzubieten.

Umfangreiche Antitabakkampagnen versuchen den Tabakkonsum alleine durch Rauchverbote zu kontrollieren. Doch genauso wichtig ist die Prävention durch Information, Beratung und die Aufklärung über die Gefahr des Tabakkonsums. Der Bevölkerung soll bewusst gemacht werden, welche Gefahren dieser Suchtbereich birgt.

Die GesundheitsexpertInnen haben einen guten Zugang zum Großteil der Bevölkerung und auch Vorbildfunktion. Somit haben sie die Gelegenheit, einer beachtlichen Zahl von Menschen zu helfen. Die GesundheitsexpertInnen sollen die PatientInnen beraten, informieren, motivieren und unterstützen ihr Rauchverhalten abzulegen.

Auch kurze Gespräche und Beratungen bringen die RaucherInnen dazu über ihr Rauchverhalten nachzudenken und den Konsum zu reduzieren.

Kinder und Jugendliche sollen über die schädigende Wirkung und die Abhängigkeit, welche schwer zu überwinden ist, informiert werden und dies bereits bevor sie mit dem Tabakkonsum beginnen. GesundheitsexpertInnen sollten durch Eigeninitiative solch präventiven und gesundheitsfördernden Projekte entwickeln und implementieren.

Im Rahmen der Tabakentwöhnung sollten wissenschaftlich geprüfte Beratungen und Behandlungsformen verwendet werden. Patienten sollten über Prints (Broschüren, Prospekte etc) und internetbasierte Infomaterialien zum Rauchstopp bewegt werden.

Die Gesundheitsexperten sollten jenen Personen, die den Tabakkonsum beenden wollen, eine individuelle, auf der Stufe der Abhängigkeit adäquate Behandlungsform sowie Selbsthilfe-Materialien zur Verfügung stellen.

Literatur

Altner, N., Michalsen, A., Richarz, B., Reichardt, H. & Dobos, G. J. (2009). Stressbewältigung durch Achtsamkeit als Unterstützung bei der Reduzierung des Tabakkonsums bei Krankenhauspersonal – Eine kontrollierte Interventionsstudie zur Förderung des rauchfreien Krankenhauses. In Heidenreich, T. & Michalak, J. Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie, (S.593-617). Tübingen :dgv

Andrews Jr., J.L.(1983). Reducing smoking in the hospital: An effective model program. Chest, 84; 206-209

Berkelmans, A., Burton, D., Page, K. & Worrall-Carter, L. (2011) Registered Nurses' smoking behaviours and their attitudes to personal cessation. Journal of Advanced Nursing, 67, 7, 1580–1590.

Boily,K., Lovato, C. & Murphy, C. (2006). Training in Tobacco Cessation Counseling for Medical, Nursing, Dentistry and Pharmacy Students: Environmental Scan and Recommendations. Report prepared for the Canadian Public Health Association. Zugriff am 15. März 2012 unter<http://www.cpha.ca/uploads/progs/substance/tobacco/chpscstudyfinal.pdf>

Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit(ArbeitnehmerInnenschutzgesetz - ASchG)

Bundesministerium für Gesundheit. (2012). Das österreichische Tabakgesetz. Zugriff am 15. März 2012 unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Tabak_Rauchen/Das_oesterreichische_Tabakgesetz

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung(BzgA), Köln, im Auftrag des Bundesministeriums für gesundheit (Hrsg.). (2008). Manual für die Projektleitung „Rauchfreies Krankenhaus“.Köln.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen(2006). Rauchverhalten in Österreich, Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage BMGF/LBISucht/market 2005. Erstellt vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBI-Sucht) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Cofta, S. & Staszewski, R. (2008). Hospital staff and smoking habits: Do we need modification of smoking behavior in Polish Hospitals? Journal of Physiology and Pharmacology, 59, 6, 191-199.

Crossbie, E., Sebrie, E. M. & Glantz, S. A.(2011). Strong advocacy led to successful implementation of smokefree Mexico City. Tobacco Control, 20, 64-72.

Davies, P. D. & Rajan, K. (1989) Attitudes to smoking and smoking habit among the staff of a hospital. Thorax, 44, 378-381.

Deutsches Krebsforschungszentrum. (2012). Rauchfreies Krankenhaus. Zugriff am 23. März 2012 unter www.dkfz.de/de/rauchertelefon/Rauchfreie_Krankenhaeuser.html

Deutsches Krebsforschungszentrum.(2012). Der Europäische Kodex für Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen Zugriff am 12.04.2012 unter http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/download/Kodex_und_Standards_rauchfreie_Krankenhaeuser.pdf

Dietscher, C., Krajic, K., Stidl, T. & Pelikan, J. M. (2002). Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Österreichische Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

European Network for Smoke-free Healthcare services(ENSH). (2003). Europäischer Leitfaden zur Entwicklung Rauchfreier Krankenhäuser. Zugriff am 29. November 2011 unter <http://ensh.aphp.fr/IMG/pdf/ENSHImpl-Guide-3.pdf>.

European Network for Smoke-free Healthcare services(ENSH). (2009). ENSH STATUTS. Zugriff am 23. März 2012 unter [http://www.ensh.eu/docs/1-ENSH %20STATUTES%202009.pdf](http://www.ensh.eu/docs/1-ENSH_%20STATUTES%202009.pdf)

Fee, W. & Brown, T. M. (2004). Hospital smoking bans and their impact. *American Journal of Public Health*, 94, 2, 185-185.

Fernández, E., Fu, M., Martínez, C., Martínez-Sánchez, J. M., López, M. J., Martín-Pujol, A., Centrich, F., Muñoz, G., Nebot, M. & Saltó, E. (2008). Secondhand smoke in hospitals of Catalonia(Spain) before and after a comprehensive ban on smoking at the national level. *Preventive Medicine*, 47, 624-628.

Ficarra, M. G., Gualano, M. R., Capizzi, S., Slliquini, R., Ligouri, G., Manzoli, L., Briziarelli, L., Parlato, A., Cuccurullo, P., Bucci, R., Piat, S. C., Masanotti, G., Waure, C., Ricciardi, W. & La Torre, G. (2010). Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *European Journal of Public Health*, 21, 29-34.

Fichtenberg, C. & Glantz, S.,A. (2002). Effect of smokefree workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 325, 188.

Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., Bailey, W.C., Benowitz, N., Curry, S.J., et al. (2008) Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

Fitzpatrick, P., Gilroy, I., Doherty, K., Corradino, D., Daly, L., Clarke, A. & Kelleher, C. C. (2009). Implementation of a campus-wide Irish hospital smoking ban in 2009: prevalence and attitudinal trends among staff and patients in lead up. *Health Promotion International*, 24, 211-222

Glantz, S. A. (2012). Pinocchio shows how to end the tobacco epidemic. *Tobacco Control*, 21, 296-297

Goecke, M. (2004). Rauchfrei am Arbeitsplatz - auch im Krankenhaus. Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Bonn .

Grande, G. (2006). Betriebliche Ansätze zur Prävention von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (S. 81-97). In B. Badura, H. Schellschmidt, C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2006. Berlin: Springer.

Heath, J., Andrews, J., Thomas, S. A., Kelley, F.J. & Friedman, E. (2002). Tobacco Dependence Curricula in Acute Care Nurse Practitioner Education. American Journal of Critical Care, 11, 27-33

Hussain, S. F., Tjeder-Burton, S., Campbell, I. A. & Davies, P. D. (1993). Attitudes to smoking and smoking habits among hospital staff. Thorax, 48, 174-175.

Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). Gesundheitsbefragung 2006/2007 Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien.179-183

Klimont, J., Ihle, P., Baldaszti, E. & Kytir, J. (2008). Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit : Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria, Wien

Lesch, O.M. (2007). Raucherprävention. In Lesch, O. M. Raucherentwöhnung- Tipps zur Prävention und Therapie in der Praxis(S.75-79). Bremen:UNI-MED.

Lewis, K. E., Shin, D. & Davies, G. (2011). Smoking habits and attitudes toward tobacco bans among United Kingdom hospital staff and students. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 15, 8, 1122-1126.

Lichtenschopf, A. (2012). Tabakrauchen als chronische Erkrankung:Standards der Tabakentwöhnung, Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie Update 2010. Wien :Springer

Longo, D. R., Feldman, M. M., Kruse, R. L., Brownson, R. C., Petroski, G. & Hewett, J. E. (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). Prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. Tobacco Control, 10, 267-272.

McKee, M., Gilmore, A. & Novotny, T. E. (2003). Smoke free hospitals: An achievable objective bringing benefits for patients and staff. British Medical Journal, 326, 941-942.

Meingassner, S., Benkö, E., Göttersdorfer, P., Hoffmann, K. & Beroggio, A. M. (2012). Beratung und Psychosoziale Behandlung in der Tabakentwöhnung. In Lichtenschopf, A. Standards der Tabakentwöhnung: Konsensus der Österreichischen Gesseschaft für Pneumologie-Update 2010. Wien. Springer.

Michalsen, A., Richarz, B., Reichart, H., Spahn, G., Knietzko, N. & Dobos, G. J (2002). Raucherentwöhnung bei Krankenhausmitarbeitern: Eine kontrollierte Interventionsstudie. Georg Thieme Verlag Stuttgart. Dtsch Med Wochenschr, 127, 1742-1747.

Nagle, A. L., Schofield, M. J., & Redman, S. (1996). Smoking on hospital grounds and the impact of outdoor smoke free zones. Tobacco Control, 5, 199-204.

O'Donovan G.(2009). Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. International Nursing Review, 56, 230–236.

Osterreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. (2012). Zugriff am 23. März 2012 unter <http://www.ongkg.at/rauchfrei.html>

Pierce, J.P., Messer, K., White, M.M., Kealey, S. & Cowling, D.W. (2010). Forty years of faster decline in cigarette smoking in California explains current lower lung cancer rates. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 19, 2801-2810.

Schoberberger, R. (2007). Rauchen und die Motivation zur Lebensstiländerung. In Otto M. Lesch, Raucherentwöhnung- Tipps zur Prävention und Therapie in der Praxis. (S.63-66). Bremen:UNI-MED

Schoberberger, R. (2012). Nikotinersatztherapie in Lichtenschopf, A., Standards der Tabakentwöhnung : Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie-Update 2010.(S.51-63). Wien: Springer-Verlag

Shiple, M. & Allcock, R. (2008). Achieving a smoke-free hospital: reported enforcement of smoke-free regulations by NHS health care staff. Journal of Public Health, 30, 1, 2-7.

Smoke Free Partnership (2007). Schluss mit dem blauen Dunst: 10 Gründe für ein rauchfreies Europa. Zugriff am 04. April 2012 unter [http://www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/Schluss_mit_dem_blauen_Dunst_WEB_US E.pdf](http://www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/Schluss_mit_dem_blauen_Dunst_WEB_US_E.pdf)

Smoke free partnership. (2008). Im Blickpunkt: Das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauches(FCTC). 1.Ausgabe. Januar.2008. Zugriff am 04. April 2012 unter <http://www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/German.pdf>.

Strobl, J. & Latter, J. (1998). Qualified nurse smoker's attitudes towards a hospital smoking ban and its influence on their smoking behaviour. Journal of Advanced Nursing, 27, 179-188.

Statistik Austria. (2011). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010. (S.60-61)

U.S. Department of Health and Human Services. (2010). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.

Vagropoulos, I., Tsilchorozidou, T., Tsinopoulos, G., Salonikidou, Z., Mouratova, M., Giavropoulou, M. & Grigoriadis, N. (2006). Smoking habits among the hospital staff of a General Hospital in Northern Greece: a long way for smoke-free hospitals. *Monaldi Arch Chest Dis*, 65, 3, 160-164.

Vardavas, C. I., Bouloukaki, I., Linardakis, M. K., Tzilepi, P., Tzanakis, N. & Kafatos, A, G. (2009). Smoke-free hospitals in Greece: Personnel perceptions, compliance and smoking habit. *Tobacco Induced Diseases*, 5, 8.

Verwaltungsgerichtshof (VwGH).(2012). RIS - Verwaltungsgerichtshof - Entscheidungstext 2011/11/0215. Zugriff am 12. Juni 2012 unter http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Vwgh&Dokumentnummer=JWT_2011110215_20120320X00

Walter, H. (2007). Rauchen und Alkohol. In Lesch, O. M. *Raucherentwöhnung- Tipps zur Prävention und Therapie in der Praxis*. (S.53-55). Bremen:UNI-MED.

Wernz, F. D., Friederich, H. M., Buchkremer, G. & Batra, A. (2009). Akzeptanz der rauchfreien Psychiatrie bei Patienten und Mitarbeitern – Evaluation einer Strukturmaßnahme Springer-Verlag. *Wien med Wochenschr* 159,1-2, 33-39

Wheeler, J. G., Pulley, L.V., Holly, C. F., Bursac, Z., Siddiqui, N. J., Stewart, M. K., Mays, G. P & Gauss, C. H. (2007). Impact of a Smoke-Free Hospital Campus Policy on Employee and Consumer Behavior. *Association of School of Public Health. Public Health Reports*, 122, 744-752.

Williams, S. C., Hafner, J. M., Morton, D. J., Hold, A. L., Milberger, S. M., Koss, R. G. & Loeb, J. M. (2009). The adoption of smoke-free hospital campuses in the United States. *Tobacco Control*, 18, 451-458.

World Health Organisation. (2008). *Inequalities in young people's Health: HBSC International Report from the 2005/2006 Survey*. (S.113-123)

World Health Organisation.(2009). *The History of World Health Organisation Framework Convention on Tobacco Control*. Zugriff am 24. März 2012 unter <http://www.who.int/fctc/en/>

World Health Organization. (2012). *Code of practice on tobacco control for health professional organizations*. Zugriff am 20. März 2012 unter <http://www.who.int/tobacco/communications/events/codeofpractice/en/>

World Health Organization. (2012). *Only 100% smoke-free environments adequately protect from dangers of second-hand smoke*. Zugriff am 20. März 2012 unter <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr26/en/index.html>

World Health Organization. (2012). *World No Tobacco Day 2011 celebrates WHO Framework Convention On Tobacco Control*. Zugriff am 20. März 2012 unter http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/wntd_20110530/en/index.html

Abbildungsverzeichnis

Abbildung.1: Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung ab 16 Jahren (Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007)

Abbildung 2: Anteil der täglich Rauchenden nach Alter und Geschlecht in den Jahren 1997 und 2006/07 (Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07)

Abbildung 3: Lebensstilbezogene Projekte für MitarbeiterInnen von HPH(n=91; Mehrfachnennungen waren möglich) (Dietscher et al. 2002)

Abbildung 4: Prozentuelle Raucheranteile an verschiedensten Berufsgruppen der MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder

Abbildung 5: Prozentuelle Anteile in verschiedenen Berufsgruppen und die Unterteilung nach Geschlechtern unter den MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse zur Befragung regelmäßiger RaucherInnen/GelegenheitsraucherInnen/Ex-RaucherInnen/Nie-RaucherInnen unter fünf Berufsgruppen in sechs österreichischen Krankenhäusern (Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 2006)

Tabelle 2: Ergebnisse zur Befragung regelmäßiger RaucherInnen/GelegenheitsraucherInnen/Ex-RaucherInnen/Nie-RaucherInnen in sechs österreichischen Krankenhäusern im Geschlechtervergleich (Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 2006)

Tabelle 3: Ergebnisse zur Befragung regelmäßiger RaucherInnen/GelegenheitsraucherInnen/ Ex-RaucherInnen/Nie-RaucherInnen in sechs österreichischen Krankenhäusern in Bezug auf Altersunterschiede (Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 2006)

Tabelle 4 : Zusammenfassung der Ergebnisse aus Studien zur Tabakentwöhnung und zu rauchfreien Krankenhäusern in verschiedenen Weltländern

Tabelle 5: Angaben zum rauchfreien Krankenhaus bei MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 6: Angaben zum rauchfreien Krankenhaus bei MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder unter sechs Berufsgruppen.

Tabelle 7: Angaben zum rauchfreien Krankenhaus bei MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder unter drei Altersgruppen.

Tabelle 8: Zustimmung oder Ablehnung zum rauchfreien Krankenhaus nach Männern und Frauen am Krankenhauses der Barmherzigen Brüder

Tabelle 9: Zustimmung oder Ablehnung zum rauchfreien Krankenhaus nach RaucherInnen und NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Tabelle 10: Anteil von 182 Befragten im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die für die verschiedensten Rauchfrei-Regelungen mit „Ja“ geantwortet haben.

Tabelle 11: Anteil der männlichen und weiblichen MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die für die verschiedensten Rauchfrei-Regelungen mit „Ja“ geantwortet haben.

Tabelle 12: Anteil der MitarbeiterInnen, die derzeit rauchen und die nie geraucht haben oder mit dem Rauchen aufgehört haben, im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die für die verschiedensten Rauchfrei-Regelungen mit „Ja“ geantwortet haben

Tabelle 13: Anteil der MitarbeiterInnen unter drei Altersgruppen, im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die für die verschiedensten Rauchfrei-Regelungen mit „Ja“ geantwortet haben.

Tabelle 14: Anteil der MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die für die verschiedensten Rauchfrei-Regelungen mit „Ja“ geantwortet haben..

Tabelle 15: MitarbeiterInnenbeurteilung aller Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Tabelle 16: Beurteilung aller Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von MitarbeiterInnen nach Raucherstatus.

Tabelle17: Beurteilung der Informationslage zur Reduzierung des Tabakkonsums von MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 18: Beurteilung der Informationslage zur Reduzierung des Tabakkonsum im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von MitarbeiterInnen nach Raucherstatus.

Tabelle 19: Beurteilung der Tabakentwöhnungskurse und des Seminars von MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 20: Beurteilung der Tabakentwöhnungskurse und des Seminars im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von MitarbeiterInnen nach Raucherstatus.

Tabelle 21: Beurteilung der Nikotinersatztherapie von MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 22: Beurteilung der Nikotinersatztherapie von MitarbeiterInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 23: Beurteilung der Beratungen zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von MitarbeiterInnen

Tabelle 24: Beurteilung der Beratungen zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von MitarbeiterInnen nach Raucherstatus.

Tabelle 25: Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm von MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder

Tabelle 26: Anteil der ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die Unterstützung zum Rauchenaufhören gebraucht haben.

Tabelle 27: Anteil der RaucherInnen und ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die an einem Raucherentwöhnungsprogramm im Krankenhaus teilgenommen haben.

Tabelle 28: Anteil der RaucherInnen und ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die an einem Raucherentwöhnungs-Seminar im Krankenhaus teilgenommen haben.

Tabelle 29: Anteil der RaucherInnen und ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die eine persönliche Beratung zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus bekommen haben.

Tabelle 30: Anteil der RaucherInnen und ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, die eine Nikotinersatztherapie im Krankenhaus bekommen haben.

Tabelle 31: Angaben zum Erfolg nach Tabakentwöhnungsprogrammen von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Tabelle 32: Angaben zur Dauer nach der Entwöhnung des Tabakkonsums bei ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 33: Angaben der entscheidenden Gründe den Tabakkonsum zu beenden, bei ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 34: Angaben zu Entzugserscheinungen nach Beendigung des Tabakkonsums bei ehemaligen RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 35: Angaben zu Rauchpausen bei NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 36: Angaben zur Akzeptanz des Rauchens von NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Tabelle 37: Angaben zum Rauchen als eine Sucht von NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 38: Angaben zu gesundheitlichen Schäden durch Passivrauchen von NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 39: Angaben zur Zufriedenheit der Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen von NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 40: Angaben zu den Maßnahmen zur Tabakentwöhnung von NichtraucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder..

Tabelle 41: Angaben zur Bereitschaft der NichtraucherInnen, die RaucherkollegInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder bei der Tabakentwöhnung zu unterstützen.

Tabelle 42: Angaben zum Rauchverhalten von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 43: Angaben zum Rauchverhalten während den Dienstzeiten von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 44: Angaben zu der Zahl der gerauchten Zigaretten pro Tag von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 45: Angaben zur Absicht das Rauchen aufzugeben von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 46: Angaben zu den Wünschen nach Hilfe um das Rauchen aufzugeben von RaucherInnen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Tabelle 47: Beurteilung verschiedener Raucherentwöhnungsprogramme im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

**Protokoll der Ethikkommission
KH der Barmherzigen Brüder Wien**

Datum der Tagung (Date of comission): 6.6.2012

Medikamentenprüfung (Drug monitoring): nein (no)

Studiencode (Code of study):

Unmittelbare und nachhaltige Effekte von Raucherentwöhnungsprogrammen in betrieblichen Settings,
Setting Schwerpunkt Krankenhaus
(Master Thesis, Betreuung durch Univ.Prof.Dr. Rudolf Schoberberger)

Durchführende Abteilung (Monitoring department):

Institut für Sozialmedizinisches Zentrum für Public Health
Befragung erfolgt im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Hauptverantwortliche (Main investigators):

Binu Karakkattil

Beigelegt (enclosed):

Fragebogen 1, 2, 3, Expose'
Studienprotokoll (Study protocol) Kurzinformation

Zusätzliche Bemerkung (Additional remarks)

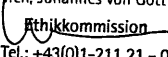
nein

Genehmigung der Studie durch die Ethikkommission

(Study accepted) ja (yes)

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
1020 Wien, Johannes von Gott Platz 1

OA Univ. Doz. Dr.St.Kudlacek
Vorsitzende, Head of comission


Ethikkommission
Tel.: +43(0)1-211 21 - 0

12.6.2012

Bestandsaufnahme

Diese Bestandsaufnahme ist sinnvoll um die Effektivität der Raucherentwöhnungsprogramme im Krankenhaus zu analysieren. Hierbei geht es in erster Linie um unsere bisherigen hausinternen Regelungen zum Rauchen, um Probleme bei der Einhaltung von Rauchverboten, um den Raucheranteil, sowie um die Aufhörbereitschaft unter den Rauchenden.

Die anonyme Erhebung wird mit Zustimmung des Betriebsrates/Personalrates vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder durchgeführt. Mit den Ergebnissen dieser Befragung erhalten wir ein stimmiges Gesamtbild über die Situation in unserem Krankenhaus. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Ergebnisse dieser Befragung dienen zur Optimierung der Nikotinentwöhnungsprogramme und Umsetzung des gesetzlich vorgesehenen betrieblichen Nichtraucherschutzes.

Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie baldmöglichst informieren. Bitte füllen Sie den Fragebogen – soweit zutreffend- aus. Geben Sie den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen bei Hr. Karakkattil Binu ab.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Karakkattil Binu, DGKP

1. Abteilung _____

2. Wie viele Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter hat Ihre Abteilung? (M/W) _____/_____

Ärztlicher Dienst ___/___ Pflegedienst ___/___ Verwaltung ___/___

Medizinische-technischer Dienst ___/___ Wirtschaftsdienst ___/___ Sonstige ___/___

3. Wie viele der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in Ihrer Abteilung sind

Raucher?(M/W) _____/_____

Ärztlicher Dienst ___/___ Pflegedienst ___/___ Verwaltung ___/___

Medizinische-technischer Dienst ___/___ Wirtschaftsdienst ___/___ Sonstige ___/___

4. Wie viele Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in Ihrer Abteilung rauchen in der Dienstzeit (auch in den Pausen)? _____

5. Wo wird in Ihrer Abteilung noch geraucht?

- Im Büro/Arbeitszimmer Im Flur Im Garten Im Pausenraum
 In der Kantine/Cafeteria In der Teeküche In den Toilettenräumen
 An einem anderen Ort: _____ Es wird nicht geraucht.

6. Gibt es in Ihrer Abteilung Konflikte wegen dem Rauchen?

- Ja Nein

7. Gibt es Vorschläge/ Wünsche der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter für Veränderungen?

- Nein Ja, Hilfsangebote für Rauchende
 Ja, Raucherpausenräume Ja, striktere Einhaltung der Rauchverbote

8. Welche Gründe sprechen in Ihrer Abteilung für ein Rauchverbot?

- Gesetzliche Vorgaben Reduzierung der Brandgefahr
 Reduzierung des Krankenstandes Verbesserung des Arbeitsschutzes
 Vorbildfunktion des Krankenhauses Imagegewinn für das Krankenhaus
 Gesundheitsförderung für Beschäftigte und Patienten
 Verbesserte Mitarbeiterzufriedenheit/- motivation
 Verbesserter Nichtrauchererschutz für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter und Patienten

9. Welche Probleme könnte es auf der Station mit einem kompletten Rauchverbot – ohne Einrichtung eines Raucherpausenraums – geben?

Fragebogen 1

Unmittelbare und nachhaltige Effekte von Raucherentwöhnungsprogrammen in betrieblichen Settings, Setting Schwerpunkt Krankenhaus

Diese Bestandsaufnahme ist sinnvoll um die Effektivität der Raucherentwöhnungsprogramme im Krankenhaus zu analysieren. Hierbei geht es in erster Linie um unsere bisherigen hausinternen Regelungen zum Rauchen, um Probleme bei der Einhaltung von Rauchverböten, um den Raucheranteil, sowie um die Bereitschaft das Rauchen aufzugeben unter den Rauchenden MitarbeiterInnen.

Die anonyme Erhebung wird mit Zustimmung des Betriebsrates/Personalrates vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder durchgeführt. Mit den Ergebnissen dieser Befragung erhalten wir ein stimmiges Gesamtbild über die Situation in unserem Krankenhaus. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Ergebnisse dieser Befragung, als Teil meiner Masterthesis, dienen zur Optimierung der Nikotinentwöhnungsprogramme und Umsetzung des gesetzlich vorgesehenen betrieblichen Nichtraucher-schutzes.

Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie baldmöglichst informieren. Bitte füllen Sie den Fragebogen – soweit zutreffend- aus. Geben Sie den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen bei Hr. Karakkattil Binu ab.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Karakkattil Binu, DGKP

1. Alter:

- 16-29 Jahre 30-50 Jahre Über 50 Jahre

2. Geschlecht:

- männlich weiblich

3. Bereich:

- Ärztliche Dienst Pflegedienst Verwaltung
 Pflegeakademie MTD Wirtschaftsdienst Sonstige

4. Rauchen Sie zurzeit :

- Ja Nein

4.1. Wenn nein, Haben Sie jemals geraucht?

- Ja Ja, gelegentlich (nicht täglich) Nein, nie

5. Befürworten Sie ein rauchfreies Krankenhaus?

- Ja Nein

Warum:

5.1 Welche Regelungen für ein rauchfreies Krankenhaus befürworten Sie für unser Krankenhaus? (Mehrnennungen möglich)

- Generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume)
 Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof
 Generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen
 Generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria
 Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus

6. Wie werden die Angebote zur Förderung des Rauchstopps in Ihrem Krankenhaus angenommen? Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.1 Informationsauslage zum Raucherstopp

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.2 Tabakentwöhnungskurse

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.3 Medikamentöse Therapien

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.4 Persönliche Raucherberatung

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

7. Was glauben Sie ist der Grund wieder mit dem Rauchen zu beginnen?

8. Sind sie zufrieden mit Ihrem Rauchverhalten?

Ja Nein

9. Rauchen Sie mehr wenn Sie Dienst haben?

Ja Nein

10. Wie viele Zigaretten rauchen Sie normalerweise pro Tag?

31 und mehr 21-30 11-20 bis 10

11. Wie stark ausgeprägt ist Ihre Absicht aufzuhören? (1 = sehr schwach; 5 = sehr stark)

-1- -2- -3- -4- -5-

12. Hätten Sie gerne persönliche Hilfe, um sich das Rauchen abzugewöhnen?

Ja Nein

13. Wenn Ja: Was würde Ihnen helfen, das Rauchen aufzugeben?

- Literatur/ Broschüren zum Thema Infos über Entwöhnungsmethoden
 Nikotinpflaster/-kaugummies Tabakentwöhnungskurs
 Einzelberatung Nichts davon
 Andere Unterstützung: _____

14. Haben Sie einmal ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?

Ja Nein

15. Haben Sie bis jetzt an einem Raucherentwöhnungsprogramm teilgenommen?

Ja Nein

15.1 Wenn Ja:

- Ich habe am Raucherentwöhnungsprogramm in unserem Krankenhaus teilgenommen.
 Ich habe an einem Raucherentwöhnungsprogrammen außerhalb teilgenommen.

15.2 Welche :

- Raucherentwöhnungs- Seminar Persönliche Beratung
 Akupunktur Nikotinersatztherapie

16. Wie war der Erfolg:

- Keine Entwöhnung bis 3 Monate bis 6 Monate Bis 1 Jahr
 Mehr als 1 Jahr Ich habe reduziert(Von____/Auf____) Ich habe aufgehört

17. Warum haben Sie gegebenenfalls wieder zum Rauchen angefangen?

Fragebogen -2

Unmittelbare und nachhaltige Effekte von Raucherentwöhnungsprogrammen in betrieblichen Settings, Setting Schwerpunkt Krankenhaus

Diese Bestandsaufnahme ist sinnvoll um die Effektivität der Raucherentwöhnungsprogramme im Krankenhaus zu analysieren. Hierbei geht es in erster Linie um unsere bisherigen hausinternen Regelungen zum Rauchen, um Probleme bei der Einhaltung von Rauchverbote, um den Raucheranteil, sowie um die Bereitschaft das Rauchen aufzugeben unter den Rauchenden MitarbeiterInnen.

Die anonyme Erhebung wird mit Zustimmung des Betriebsrates/Personalrates vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder durchgeführt. Mit den Ergebnissen dieser Befragung erhalten wir ein stimmiges Gesamtbild über die Situation in unserem Krankenhaus. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Ergebnisse dieser Befragung, als Teil meiner Masterthesis, dienen zur Optimierung der Nikotinentwöhnungsprogramme und Umsetzung des gesetzlich vorgesehenen betrieblichen Nichtraucherschutzes.

Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie baldmöglichst informieren. Bitte füllen Sie den Fragebogen – soweit zutreffend- aus. Geben Sie den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen bei Hr. Karakkattil Binu ab.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Karakkattil Binu, DGKP

1. Alter:

- 16-29 Jahre 30-50 Jahre Über 50 Jahre

2. Geschlecht:

- männlich weiblich

3. Bereich:

- Ärztliche Dienst Pflegedienst Verwaltung
 Pflegeakademie MTD Wirtschaftsdienst Sonstige

4. Rauchen Sie zurzeit :

- Ja Nein

4.1 Wenn nein, Haben Sie jemals geraucht?

- Ja Ja, gelegentlich (nicht täglich) Nein, nie

5. Befürworten Sie ein rauchfreies Krankenhaus?

- Ja Nein

Warum:

5.1 Welche Regelungen für ein rauchfreies Krankenhaus befürworten Sie für unser Krankenhaus? (Mehrnennungen möglich)

- Generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume)
 Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof
 Generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen
 Generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria
 Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus

6. Wie werden die Angebote zur Förderung des Rauchstopps in Ihrem Krankenhaus angenommen? Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.1 Informationsauslage zum Raucherstopp

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.2 Tabakentwöhnungskurse

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.3 Medikamentöse Therapien

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.4 Persönliche Raucherberatung

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

7. Was glauben Sie ist der Grund wieder mit dem Rauchen zu beginnen?

8. Wie lang sind Sie Ex- Raucher?

- Weniger als 3 Monate 3 -6 Monate 7 -12 Monate
 1-2 Jahre Mehr als 2 Jahre

9. Wie viele Zigaretten pro Tag haben Sie früher geraucht?

- Bis 5 6-10 11-20 Mehr als 20

10. Was war der entscheidende Grund um mit dem Rauchen aufzuhören?

- Krankheit Familie Gesundheitsbewusstsein Sonstiges

11. Wie oft haben Sie persönlich versucht aufzuhören?

- Nie 1-2 Mal 3-5 Mal Mehr als 5

12. Haben Sie dabei Unterstützung gebraucht?

- Ja Nein

12.1 Wenn ja:

Ich habe am Raucherentwöhnungsprogramm in unserem Krankenhaus teilgenommen.

Ich habe an einem Raucherentwöhnungsprogrammen außerhalb teilgenommen.

12.2 Welche?

- Raucherentwöhnungs- Seminar Persönliche Beratung
 Akupunktur Nikotinersatztherapie
 Sonstige_____

13. Was glauben Sie, würde zusätzlich eine Hilfe darstellen?

14. Haben Sie unter Nikotin - Entzugserscheinungen gelitten?

- Ja Nein

14.1. Wenn Ja; Welche?

Fragebogen - 3

Unmittelbare und nachhaltige Effekte von Raucherentwöhnungsprogrammen in betrieblichen Settings, Setting Schwerpunkt Krankenhaus

Diese Bestandsaufnahme ist sinnvoll um die Effektivität der Raucherentwöhnungsprogramme im Krankenhaus zu analysieren. Hierbei geht es in erster Linie um unsere bisherigen hausinternen Regelungen zum Rauchen, um Probleme bei der Einhaltung von Rauchverböten, um den Raucheranteil, sowie um die Bereitschaft das Rauchen aufzugeben unter den Rauchenden MitarbeiterInnen.

Die anonyme Erhebung wird mit Zustimmung des Betriebsrates/Personalrates vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder durchgeführt. Mit den Ergebnissen dieser Befragung erhalten wir ein stimmiges Gesamtbild über die Situation in unserem Krankenhaus. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Ergebnisse dieser Befragung, als Teil meiner Masterthesis, dienen zur Optimierung der Nikotinentwöhnungsprogramme und Umsetzung des gesetzlich vorgesehenen betrieblichen Nichtraucher-schutzes.

Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie baldmöglichst informieren. Bitte füllen Sie den Fragebogen – soweit zutreffend- aus. Geben Sie den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen bei Hr. Karakkattil Binu ab.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen

Karakkattil Binu, DGKP

1. Alter:

- 16-29 Jahre 30-50 Jahre Über 50 Jahre

2. Geschlecht:

- männlich weiblich

3. Bereich:

- Ärztliche Dienst Pflegedienst Verwaltung
 Pflegeakademie MTD Wirtschaftsdienst Sonstiges

4. Rauchen Sie zurzeit :

- Ja Nein

4.2. Wenn nein, Haben Sie jemals geraucht?

- Ja Ja, gelegentlich (nicht täglich) Nein, nie

5. Befürworten Sie ein rauchfreies Krankenhaus?

- Ja Nein

Warum:

5.1 Welche Regelungen für ein rauchfreies Krankenhaus befürworten Sie für unser Krankenhaus? (Mehrnennungen möglich)

- Generelles Rauchverbot im Gebäude (ohne Raucherräume)
 Einrichtung eines Raucherpavillons im Außenbereich/Innenhof
 Generelles Rauchverbot mit Einrichtung von Raucherräumen
 Generelles Rauchverbot auch für Kantine/Cafeteria
 Verkaufsverbot für Tabakwaren im gesamten Krankenhaus

6. Wie werden die Angebote zur Förderung des Rauchstopps in Ihrem Krankenhaus angenommen? Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.1. Informationsauslage zum Raucherstopp

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.2. Tabakentwöhnungskurse

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.3. Medikamentöse Therapien

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

6.4. Persönliche Raucherberatung

Gut Mittel Weniger gut

Wenn "Weniger gut", woran liegt es Ihrer Meinung nach?

7. Was glauben Sie ist der Grund wieder mit dem Rauchen zu beginnen?

8. Haben Sie einmal geraucht?

Ja Nein Gelegentlich

9. Raucht jemand in Ihrer Familie?

Ja Nein

10. Können Sie nachvollziehen, dass eine Person gerne raucht?

Ja Nein

11. Sehen Sie das Rauchen als ein Suchtproblem an?

Ja Nein

12. Sind Sie der Meinung, dass Sie am Arbeitsplatz durch passives Rauchen auch eventuell gesundheitliche Schäden erlangen?

Ja Nein

13. Sind Sie zufrieden mit den Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen in unserem Krankenhaus?

Ja Nein

13.1 Wenn Nein: Warum nicht?

14. Sind Sie mit Rauchpausen einverstanden?

Ja Egal Nein

15. Finden Sie die Maßnahmen zur Tabakentwöhnung in unserem Krankenhaus ausreichend und sinnvoll?

Ja Nein ist mir egal könnte mehr getan werden

15.1. Wenn Nein: Warum nicht?

16. Würden Sie die RaucherkollegInnen in Ihrem Bemühungen das Rauchen aufzuhören unterstützen?

Ja Nein

16.1. Wenn Ja: Welche Möglichkeit der Hilfestellung könnten Sie persönlich anbieten?

| | 1998 | | | 2001 | | | 2006 | | | | | |
|-----------------------------|------|--------------------|---------------|----------------|-----|--------------------|---------------|----------------|-----|--------------------|---------------|----------------|
| | N | Current smoker (%) | Ex-smoker (%) | Non-smoker (%) | N | Current smoker (%) | Ex-smoker (%) | Non-smoker (%) | N | Current smoker (%) | Ex-smoker (%) | Non-smoker (%) |
| Gender | | | | | | | | | | | | |
| Male | 119 | 30.3 | 22.7 | 47.1 | 124 | 16.9 | 36.3 | 46.8 | 72 | 18.1 | 20.8 | 61.1 |
| Female | 246 | 26.0 | 25.2 | 48.8 | 432 | 17.4 | 32.4 | 50.2 | 153 | 17.6 | 26.8 | 55.6 |
| Total | 365 | 27.4 | 24.4 | 48.2 | 556 | 17.3 | 33.3 | 49.5 | 225 | 17.8 | 24.9 | 57.3 |
| Age groups | | | | | | | | | | | | |
| <30 years | 133 | 30.1 | 14.3 | 55.6 | 163 | 26.4 | 24.5 | 49.1 | 72 | 16.7 | 18.1 | 65.3 |
| 30–49 years | 181 | 28.7 | 27.1 | 44.2 | 292 | 14.0 | 35.3 | 50.7 | 111 | 15.3 | 24.3 | 60.4 |
| >50 years | 51 | 15.7 | 41.2 | 43.1 | 101 | 11.9 | 41.6 | 46.5 | 42 | 26.2 | 38.1 | 35.7 |
| Total | 365 | 27.4 | 24.4 | 48.2 | 556 | 17.3 | 33.3 | 49.5 | 225 | 17.8 | 24.9 | 57.3 |
| Occupation | | | | | | | | | | | | |
| Allied services | 75 | 45.3 | 25.3 | 29.3 | 58 | 31.0 | 36.2 | 32.8 | 40 | 27.5 | 25.0 | 47.5 |
| Medical | 81 | 19.8 | 17.3 | 63.0 | 47 | 8.5 | 25.5 | 66.0 | 40 | 5.0 | 20.0 | 75.0 |
| Admin/Mgmt | 77 | 33.8 | 26.0 | 40.3 | 171 | 17.5 | 32.7 | 49.7 | 40 | 17.5 | 40.0 | 42.5 |
| Allied health professionals | 81 | 17.3 | 23.5 | 59.3 | 123 | 8.1 | 35.8 | 56.1 | 40 | 2.5 | 30.0 | 67.5 |
| Nursing | 51 | 19.6 | 33.3 | 47.1 | 157 | 21.7 | 33.1 | 45.2 | 40 | 22.5 | 20.0 | 57.5 |
| Cleaning cont ^a | | | | | | | | | 25 | 40.0 | 8.0 | 52.0 |
| Total | 365 | 27.4 | 24.4 | 48.2 | 556 | 17.3 | 33.3 | 49.5 | 225 | 17.8 | 24.9 | 57.3 |

^aCleaning contractors not surveyed in 1998 or 2001.

Anhang -6 : Ergebnisse zur Befragung, Raucherprävalenz bei KrankenhausmitarbeiterInnen im St Vincent's University Hospital (SVUH) Dublin, Republic of Ireland (Fitzpatrick et al. 2009)

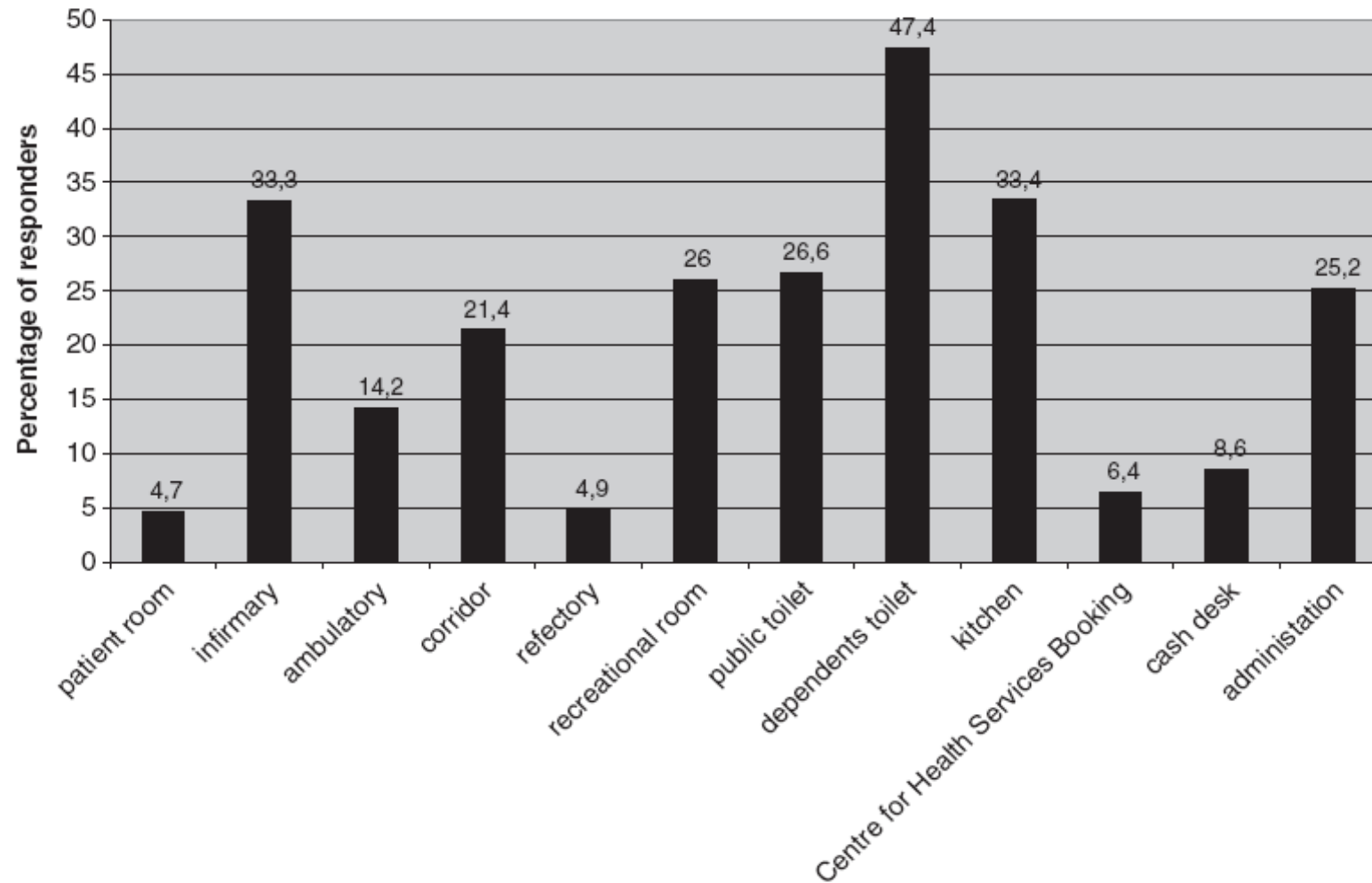
| | N | Would you agree with the introduction of a total campus-wide smoking ban indoor and outdoor? | | | If it was introduced, would you support its implementation? | | |
|-----------------------------|-----|--|--------|----------------|---|--------|----------------|
| | | Yes (%) | No (%) | Don't know (%) | Yes (%) | No (%) | Don't know (%) |
| Gender | | | | | | | |
| Male | 72 | 51.4 | 37.5 | 11.1 | 69.4 | 13.9 | 16.7 |
| Female | 153 | 52.9 | 38.6 | 8.5 | 77.1 | 14.4 | 8.5 |
| Total | 225 | 52.4 | 38.2 | 9.3 | 74.7 | 14.2 | 11.1 |
| Age groups | | | | | | | |
| <30 years | 72 | 56.9 | 31.9 | 11.1 | 81.9 | 9.7 | 8.3 |
| 30–49 years | 111 | 52.3 | 39.6 | 8.1 | 72.1 | 15.3 | 12.6 |
| >50 years | 42 | 45.2 | 45.2 | 9.5 | 69.0 | 19.0 | 11.9 |
| Total | 225 | 52.4 | 38.2 | 9.3 | 74.7 | 14.2 | 11.1 |
| Occupation | | | | | | | |
| Allied services | 40 | 40.0 | 60.0 | 0 | 62.5 | 25.0 | 12.5 |
| Medical | 40 | 57.5 | 32.5 | 10.0 | 72.5 | 10.0 | 17.5 |
| Admin/Mgmt | 40 | 60.0 | 25.0 | 15.0 | 82.5 | 10.0 | 7.5 |
| Allied health professionals | 40 | 52.5 | 37.5 | 10.0 | 82.5 | 7.5 | 10.0 |
| Nursing | 40 | 52.5 | 40.0 | 7.5 | 75.0 | 20.0 | 5.0 |
| Cleaning cont | 25 | 52.0 | 32.0 | 16.0 | 72.0 | 12.0 | 16.0 |
| Total | 225 | 52.4 | 38.2 | 9.3 | 74.7 | 14.2 | 11.1 |

Anhang -7 : Ergebnisse zur Befragung, Rauchverbot im Krankenhaus inklusive dazu gehörendem Gelände bei MitarbeiterInnen im St Vincent's University Hospital (SVUH) in Dublin, Republic of Ireland(Fritzpatrick et al. 2009)

| Variables (N) | Current smoking total percentage (95% CI) | P-value |
|---|---|------------------|
| Gender | | |
| Male (495) | 45.1 (40.72–49.48) | 0.48 |
| Female (532) | 42.9 (38.69–47.11) | |
| City | | |
| Rome (175) | 36.0 (28.9–43.1) | 0.04 |
| Chieti (157) | 45.2 (37.4–53.0) | |
| Naples (372) | 49.5 (44.4–54.6) | |
| Perugia (155) | 41.3 (33.5–49.1) | |
| Turin (173) | 41.6 (34.3–48.9) | |
| Profession | | |
| Medical Doctor (165) | 33.9 (26.7–41.1) | <0.01 |
| Post graduate student (87) | 52.9 (42.4–63.4) | |
| Technician (95) | 41.1 (31.2–51.0) | |
| Nurse (265) | 49.8 (43.8–55.8) | |
| Medical student (60) | 35.0 (22.9–47.1) | |
| Nurse student (114) | 48.2 (39.0–57.4) | |
| Auxiliary employees (139) | 50.4 (42.1–58.7) | |
| Others (103) | 33.0 (23.9–42.1) | |
| Operative unit | | |
| Medical departments (354) | 48.6 (43.4–53.8) | 0.21 |
| Surgical departments (92) | 46.7 (36.5–56.9) | |
| Others (475) | 42.5 (38.1–46.9) | |
| Behavioural model | | |
| Yes (703) | 42.5 (38.8–46.2) | 0.04 |
| No (259) | 50.6 (44.5–56.7) | |
| Don't know (60) | 36.7 (24.5–48.9) | |
| Smoking and diseases | | |
| Respiratory (1027) | | |
| Yes (1002) | 44.4 (41.3–47.5) | 0.27 |
| No (25) | 32.0 (13.7–50.3) | |
| Cardiovascular (1027) | | |
| Yes (960) | 44.0 (40.9–47.1) | 0.71 |
| No (67) | 46.3 (34.4–58.2) | |
| Eye (1026) | | |
| Yes (108) | 41.7 (32.4–51.0) | 0.60 |
| No (918) | 44.3 (41.1–47.5) | |
| Muscular (1026) | | |
| Yes (61) | 39.3 (27.0–51.6) | 0.44 |
| No (965) | 44.4 (41.3–47.5) | |
| Damage passive smoking | | |
| Yes (976) | 44.2 (41.1–47.3) | 0.82 |
| No (36) | 44.4 (28.2–60.6) | |
| Don't know (14) | 35.7 (10.6–60.8) | |
| Favour the law banning smoking in hospital | | |
| Yes (939) | 42.0 (38.8–45.2) | <0.001 |
| No (46) | 71.7 (58.7–84.7) | |
| Don't know (36) | 61.1 (45.2–77.0) | |
| Favour penalties for smokers in hospital | | |
| Yes (926) | 40.9 (37.7–44.1) | <0.001 |
| No (98) | 75.5 (67.0–84.0) | |
| Attitudes towards smoker colleagues | | |
| Make sanction (16) | 37.5 (13.8–61.2) | <0.001 |
| Move him away (292) | 47.9 (42.2–53.6) | |
| Admonish (57) | 28.1 (16.4–39.8) | |
| Move away (209) | 32.1 (25.8–38.4) | |
| Exhort to stop (195) | 35.9 (29.2–42.6) | |
| Say nothing (239) | 59.8 (53.6–66.0) | |

P-value by χ^2 test. Bold indicates $P \leq 0.05$.

Anhang -8: Ergebnisse zur Befragung, Rauchgewohnheiten bei 1082 MitarbeiterInnen und Studenten in sieben Spitälern in Italien (Ficarra et al. 2011)



Anhang -9: Ergebnisse zur Befragung, wo im Krankenhaus geraucht wird, bei 1082 MitarbeiterInnen und StudentInnen in sieben Spitälern in Italien (Ficarra et al. 2011)

| | Nicotine concentration ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) | | | | |
|--|---|-----------------------|------------------------|--------------|---------|
| | Number of samples | Baseline median (IQR) | Follow-up median (IQR) | Difference % | p-value |
| All locations | 198 | 0.23 (0.13–0.63) | 0.10 (0.02–0.19) | -56.5% | <0.01 |
| By location | | | | | |
| Hall, main entrance | 40 | 0.19 (0.13–0.63) | 0.13 (0.06–0.22) | -31.6% | <0.01 |
| Emergency Department, waiting room | 35 | 0.23 (0.15–0.52) | 0.16 (0.07–0.24) | -30.4% | <0.01 |
| General Medicine, hospitalization unit | 41 | 0.18 (0.10–0.33) | 0.01 (0.01–0.10) | -97.2% | <0.01 |
| Fire escape | 26 | 0.31 (0.14–0.87) | 0.15 (0.02–0.22) | -51.6% | <0.01 |
| General Surgery, hospitalization unit | 15 | 0.23 (0.09–0.42) | 0.01 (0.01–0.14) | -97.8% | <0.01 |
| Dressing room, surgical area | 8 | 0.18 (0.08–1.17) | 0.03 (0.02–0.23) | -83.3% | <0.05 |
| Cafeteria | 33 | 0.62 (0.23–3.43) | 0.10 (0.02–0.18) | -83.9% | <0.01 |

IQR: Interquartile range.

p-value for comparison of paired medians (Wilcoxon signed rank test).

Anhang –10: Nikotinkonzentration in der Raumluft vor und nach einem Jahr, nach dem Rauchverbot in 44 Krankenhäusern in Spanien (Fernández et al. 2008)

| <i>Department</i> | <i>No of staff</i> | | | <i>Response rate (%)</i> | <i>Smoking number</i> | | | <i>%</i> | | |
|--------------------------|--------------------|----------|----------|--------------------------|-----------------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| | <i>Total</i> | <i>M</i> | <i>F</i> | | <i>N</i> | <i>P</i> | <i>Ex</i> | <i>N</i> | <i>P</i> | <i>Ex</i> |
| Nursing* | 361 | 10 | 351 | 75 | 165 | 56 | 47 | 61 | 21 | 17 |
| Doctors | 94 | 78 | 16 | 72 | 48 | 2 | 18 | 71 | 3 | 26 |
| Administrative, clerical | 110 | 9 | 101 | 82 | 54 | 16 | 20 | 61 | 18 | 26 |
| Scientific | 163 | 65 | 98 | 77 | 81 | 14 | 30 | 65 | 11 | 23 |
| Domestic | 106 | 0 | 106 | 47 | 16 | 28 | 6 | 32 | 57 | 12 |
| Catering | 60 | 5 | 55 | 28 | 8 | 6 | 3 | 47 | 35 | 18 |
| Portering | 34 | 34 | 0 | 74 | 11 | 11 | 3 | 44 | 44 | 12 |
| Works | 21 | 21 | 0 | 76 | 5 | 3 | 8 | 31 | 19 | 50 |
| Total | 949 | 222 | 727 | 70 | 388 | 136 | 135 | 59 | 23 | 19 |

N—non-smoker; P—present smoker; Ex—ex-smoker.

*Four nurses did not complete question on smoking habit.

Anhang -11 : Ergebnisse zur Befragung, Rauchgewohnheiten bei MitarbeiterInnen im Llandough Hospital Wales (Davies & Rajan, 1989)

| <i>Department</i> | <i>No of replies</i> | <i>More non-smoking areas needed (% agreeing)</i> | | | <i>Smoking should be forbidden (% agreeing)</i> | | | |
|--------------------------|----------------------|---|---------------------|---------------------|---|-------------------------|--------------------------------|---------------------|
| | | <i>For staff</i> | <i>For patients</i> | <i>For visitors</i> | <i>Wards, offices</i> | <i>Halls, corridors</i> | <i>Toilets, changing areas</i> | <i>Laboratories</i> |
| Nursing | 272 | 78 | 78 | 76 | 92 | 91 | 84 | 93 |
| Doctors | 68 | 87 | 90 | 88 | 99 | 96 | 96 | 99 |
| Administrative, clerical | 90 | 68 | 69 | 74 | 94 | 86 | 85 | 94 |
| Scientific | 125 | 90 | 92 | 90 | 98 | 91 | 88 | 98 |
| Domestic | 50 | 60 | 58 | 54 | 86 | 62 | 50 | 88 |
| Catering | 17 | 60 | 65 | 59 | 94 | 88 | 76 | 100 |
| Portering | 25 | 84 | 80 | 76 | 96 | 80 | 40 | 92 |
| Works | 16 | 81 | 63 | 63 | 88 | 75 | 50 | 88 |
| Total | 663 | 76 | 78 | 77 | 93 | 88 | 81 | 94 |
| Don't know* | | 7 | 7 | 7 | 3 | 6 | 8 | 4 |

*The remainder disagreed.

Anhang -12 : Ergebnisse zur Befragung, Rauchgewohnheiten bei MitarbeiterInnen im Llandough Hospital Wales (Davies & Rajan, 1989)

| | Smoker % | Ex- smoker % | Never smoker % |
|--|-------------|--------------------|----------------------|
| Doctors (<i>n</i> = 113)* | 2.6 | 12.3 | 85.1 |
| Nurses (<i>n</i> = 127)† | 8.7 | 29.9 | 60.6 |
| Allied health care professionals (<i>n</i> = 175)‡ | 10.9 | 25.1 | 63.4 |
| Medical students (<i>n</i> = 78) | 3.8 | 9.0 | 85.9 |

* Included all grades from the following specialities: accident and emergency (*n* = 4), anaesthetics (*n* = 8), general practitioner trainees (*n* = 5), hospital physicians (from a range of specialities; *n* = 60) and surgical specialities (*n* = 36).

† Respondents included medical wards, midwifery, cardiology and respiratory specialist nurses and rehabilitation.

‡ Included: ambulance service (*n* = 8), health care assistants (*n* = 74), office worker/clerical staff (*n* = 33), pharmacy staff (*n* = 7), radiology technicians (*n* = 16), specialist therapies (including audiology, dietician, podiatrist, laboratory technicians, speech therapist and occupational therapist; *n* = 38).

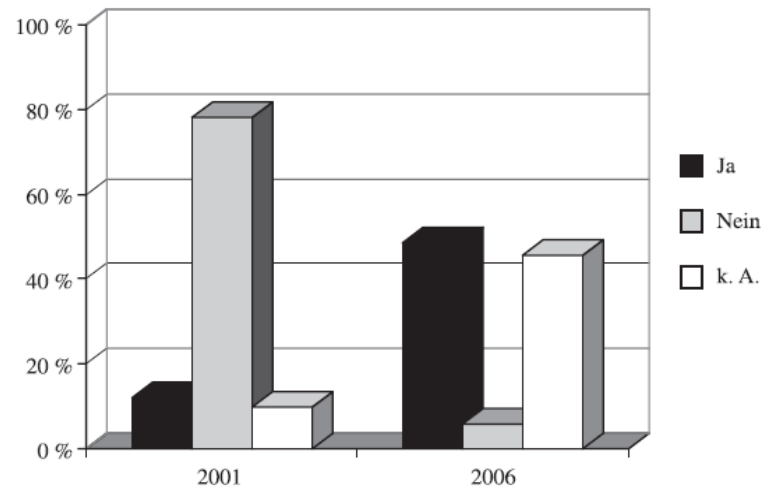
Anhang -13: Ergebnisse zur Befragung, Rauchgewohnheiten bei 500 Ärzten und KrankenpflegemitarbeiterInnen und StudentInnen in sieben Spitälern in Wales (Lewis et al. 2011)

| Type of staff | Gender | | Total No | | Smoking habits | | | |
|--------------------|--------|-------|----------|-----|-----------------|----|-------------|----|
| | Men | Women | n | % | Current smokers | | Non-smokers | |
| | | | | | n | % | n | % |
| Nurses | 23 | 244 | 267 | 43 | 151 | 57 | 116 | 43 |
| Admin/clerical | 32 | 41 | 73 | 12 | 37 | 51 | 36 | 49 |
| Doctors | 73 | 34 | 107 | 17 | 33 | 31 | 74 | 69 |
| Lab staff | 8 | 35 | 43 | 7 | 21 | 49 | 22 | 51 |
| Technical | 27 | 8 | 35 | 6 | 16 | 46 | 19 | 54 |
| Catering | 0 | 16 | 16 | 3 | 6 | 38 | 10 | 62 |
| Domestic/portering | 44 | 38 | 82 | 13 | 46 | 56 | 36 | 44 |
| Total | 207 | 416 | 623 | 100 | 310 | 50 | 313 | 50 |

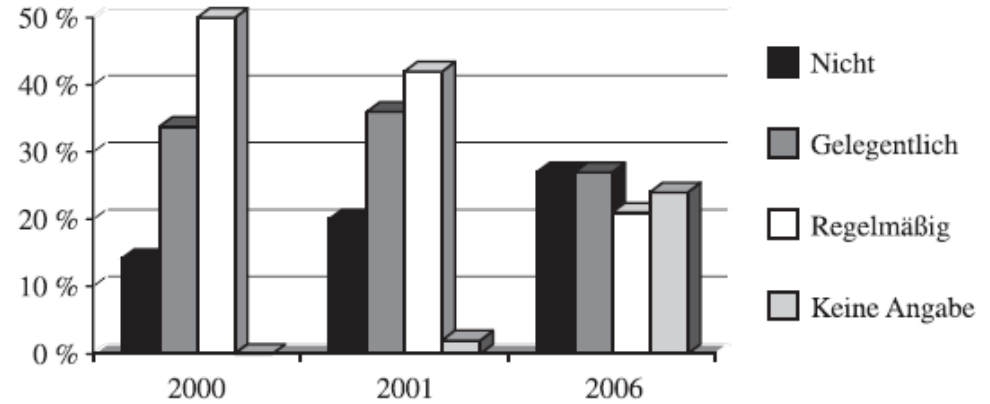
Anhang -14 : *Selbst berichtete Raucherprävalenz bei MitarbeiterInnen im Serres General Krankenhaus , Griechenland (Vagropoulos et al. 2006)*

| | N* | % Smokers |
|---|----|-----------|
| Desire to stop smoking | | |
| Yes | 51 | 45.1 |
| No | 19 | 16.8 |
| Unsure | 30 | 26.5 |
| Ever received help or advice to stop smoking | | |
| Yes | 56 | 51.4 |
| No | 53 | 48.6 |
| No. quit attempts | | |
| 0 | 12 | 11.1 |
| 1 only | 14 | 13.0 |
| 2-5 | 53 | 49.1 |
| 5-10 | 19 | 17.6 |
| > 10 | 10 | 9.3 |
| Factors preventing smoking cessation [†] | | |
| Weight gain | 43 | 38.1 |
| Anxiety | 34 | 30.1 |
| Stress | 69 | 61.1 |
| Peer pressure | 5 | 4.4 |
| Partner smoking | 19 | 16.8 |

Anhang -15: Einstellung der rauchenden KrankenpflegemitarbeiterInnen zur Tabakentwöhnung Viktoria, Australien (Berkelmans et al. 2011)



Interesse an Raucherentwöhnungskurs (RaucherInnen)



Rauchverhalten der RaucherInnen am Arbeitsplatz

Anhang -16: Interesse an Raucherentwöhnungskurs und Rauchverhalten am Arbeitsplatz bei MitarbeiterInnen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilung, Universitäts Krankenhaus Tübingen , Deutschland(Wernz et al. 2008)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstaatlich, dass ich die Master Thesis mit dem Titel „Unmittelbare und nachhaltige Effekte von Raucherentwöhnungsprogrammen in betrieblichen Settings, Setting Schwerpunkt Krankenhaus“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle den benutzten Quellen wörtliche oder sinngemäß entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Wien, August 2012

.....

Binu Karakkattil

Lebenslauf

Binu Karakkattil

1100- Wien, Otto-Probst strasse 30/6/4

Tel.069917433380

Email:binukarakkattil@hotmail.com

Geburtsdatum : 6. April 1977

Ausbildung:

Master Of Public Health(MPH)

Medizinische Universität, Wien seit 2010

Sonderausbildung für Intensiv- und Nierenersatztherapie

Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder, Wien : 2009

Ausbildung zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger

Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder, Wien : 2007

Pflegehelfer

Geriatrizentrum am Wienerwald, Wien : 2003

Advanced Diploma in Software Exports Technology

Asset International, Cochin, Indien : 1999

Postgraduate Diploma in Computer Application(PGDCA)

Center for Applied Research in Electronics, Indien : 1997

Bachelors Degree in Commerce

Mahatma Gandhi University, Indien :1997

All India Senior School Certificate Examination(Matura)

Central Board of Secondary Education, Indien : 1994

Berufliche Kenntnisse:

2009- laufend: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger

Wiener Dialyse Zentrum GmbH. 1220 Wien

2007-2008: Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, 1020 Wien

April –Juli 2002 : Internship- Manage general content of the UNIDO Exchage Database

UNIDO, Wien

1998-2000 : Junior Programmer and Database Manager

Double Click Sysoft Consultants , Indien