

# **Tabakkonsum bei der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen in einer rauchfreien Klinik**

## **Eine Zwischenbilanz der Forel Klinik**

Peter EGGLI\* , Martin SCHMITZ\*\* und Thomas MEYER\*\*\*

### *Zusammenfassung*

*In der Forel Klinik ist seit mehreren Jahren ein umfassendes Massnahmenpaket zur Reduktion des Tabakkonsums bei Alkoholabhängigen Teil des Behandlungsprogramms. Zusätzlich erfolgte im Herbst 2006 die Einführung der «rauchfreien Klinik», d.h. das Rauchen wurde auf eng umgrenzte Rauch-Areale eingeschränkt.*

*Anhand einer Evaluationsstudie wollten wir Aufschluss über Veränderungen des Tabakkonsums während der Behandlung in der Forel Klinik erhalten. Zudem sollte eruiert werden, ob sich Hinweise auf positive bzw. negative Auswirkungen durch die Einführung der «rauchfreien Klinik» ergaben.*

*Dazu wurden die Daten zum Rauchverhalten ausgewertet, welche aus den Erhebungen des Patientenmonitoringsystems act-info zur Verfügung stehen. Berücksichtigt wurden die Angaben von allen Patienten, welche während der drei Jahre von November 2004 bis Oktober 2007 in Behandlung waren.*

*Die Ergebnisse zeigen, dass Raucherinnen und Raucher ihren Tabakkonsum während des Aufenthaltes in der Forel Klinik deutlich reduzieren und der Grad ihrer Tabakabhängigkeit abnimmt. Die Anzahl der Raucher und Raucherinnen nimmt zwar ebenfalls ab, allerdings in geringem Masse.*

*Die Befunde weisen zudem darauf hin, dass die Einführung der «rauchfreien Klinik» – im Vergleich mit dem vorher bestehenden Massnahmenpaket –, insbesondere bei starken Raucherinnen und Rauchern, die Reduktion des Tabakkonsums zusätzlich begünstigte. Es zeigten sich nur marginale negative Auswirkungen und es ergaben sich keine Hinweise auf behandlungskritische Effekte durch die zusätzlichen Einschränkungen der Rauchmöglichkeiten.*

\* Dr. phil., Leiter Forschung & Diagnostik Forel Klinik, Ellikon a.d. Thur  
Forschungsleiter alkoholismus therapieforschung schweiz (atf schweiz)

\*\* Dr. med., Oberarzt, Forel Klinik, Ellikon a.d. Thur

\*\*\* Dr. med., Klinikdirektor Forel Klinik, Ellikon a.d. Thur  
Mitglied Steuerungsgruppe alkoholismus therapieforschung schweiz (atf schweiz)

Bei Patienten der Forel Klinik, einer Fachklinik für die stationäre Entwöhnungsbehandlung von alkohol-, medikamenten- und tabakabhängigen Menschen (mit je einem Standort in Ellikon und in Turbenthal), ist neben der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit die am häufigsten gestellte Nebendiagnose die Tabakabhängigkeit. Das ist nicht überraschend. Bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit ist ein hoher Anteil an Raucherinnen und Rauchern sowohl im deutschsprachigen Raum als auch international sehr gut dokumentiert; auch zeigen die Studien, dass Alkoholabhängige mehr Zigaretten rauchen und stärker tabakabhängig sind als nichtalkoholabhängige Personen (Batra, 2000; Donath et al., 1997; Karam-Hage et al., 2005; Kröger & Lohmann, 2007; Kühnel et al., 2007; Metz et al., 2007).

Das Risiko einer körperlichen Folgeerkrankung ist bei Personen, welche sowohl alkohol- als auch tabakabhängig sind, deutlich erhöht. Es ist davon auszugehen, dass sich das Erkrankungsrisiko durch den gleichzeitigen Konsum von Alkohol und Tabak in synergistischer Wechselwirkung nicht nur summiert, sondern teilweise sogar vermehrfacht. Dies trifft insbesondere auf Krebserkrankungen des Kehlkopfes, der Speiseröhre sowie des Mund- und Rachenraumes zu (Metz et al. 2005). Personen, welche wegen ihrer Alkoholabhängigkeit in Behandlung waren, starben später häufiger an tabak- als an alkoholverursachten Erkrankungen (Donath et al. 2007).

Bei rauchenden Alkoholabhängigen handelt es sich also um eine Hochrisikogruppe, was tabakbedingte Gesundheitsrisiken betrifft. Der Umstand, dass eine deutliche Mehrheit der Alkoholabhängigen raucht, zeigt, dass der Beachtung der Tabakproblematik im Behandlungskontext von Alkoholabhängigen eine massgebliche Rolle zukommen muss (Donath et al. 1997; Körkel & Kröger, 2007; Kühnel et al., 2007; Metz et al., 2005).

In der Forel Klinik, wird diesem Anspruch bereits auf konzeptioneller Ebene Rechnung getragen. Im Behandlungskonzept sind die Grundlagen für entsprechende Interventionen festgehalten (Meyer et al., 2000) und es besteht schon seit mehreren Jahren ein umfassendes Massnahmenpaket (Duffner, 2001; Sieber et al., 2002; Schmitz, 2007). Übergeordnetes Ziel dabei ist die Reduktion von tabakbedingten Folgeschäden durch Angebote und infrastrukturelle Vorkehrungen, welche die Verminderung bzw. Sistierung des Tabakkonsums initiieren und unterstützen. Folgende Massnahmen sollen helfen, dieses Ziel zu erreichen:

- Regelmässige themenzentrierte Wissensvermittlung im Patientenunterricht (Zusammenhänge und Folgeschäden Alkohol- und Tabakkonsum)
- Monatliche Raucherinformation für neu eintretende Personen, in denen Unterstützungsmöglichkeiten zur Reduktion oder Sistierung des Tabakkonsums vorgestellt werden
- Individuelle Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei ihren Bemühungen zur Reduktion oder Sistierung des Tabakkonsums (Hilfsmittel, Nikotinsubstitution, medikamentöse Unterstützung)
- Durchführung eines dreiwöchigen Gruppen-Rauchstopp-Programms für Interessierte drei Mal jährlich
- Verzicht des Personals auf das Rauchen während der Anwesenheit in der Forel Klinik
- Örtliche Einschränkung der Rauchmöglichkeiten

Bis im Herbst 2006 galt ein Rauchverbot in sämtlichen Gebäuden. Im Freien (inklusive Balkone und Terrassen) konnte geraucht werden. Ab November 2006 wurde in der Forel Klinik am Standort Ellikon (wo Männer und Frauen behandelt werden) das Konzept der «rauchfreien Klinik» umgesetzt. Die Örtlichkeiten, an denen geraucht werden kann, wurden zusätzlich eingeschränkt (s. Schmitz, 2007), nämlich auf zwei speziell errichtete Rauchpavillons in Zentrumsnähe des Klinikareals sowie drei unüberdachte definierte «Rauchinseln» an der Peripherie des Klinikareals.

Am Standort Turbenthal (Behandlungszentrum für Frauen) wurde die bisherige Rauchregelung beibehalten, da eine entsprechende Umstellung aus baulichen Gründen nicht umsetzbar war.

Die veröffentlichten Arbeiten zu einer gleichzeitigen Alkohol- und Tabakentwöhnung kommen zum Schluss, dass durch die Tabakentwöhnung die Abstinenz von der Hauptproblemsubstanz nicht gefährdet wird, ja die Beibehaltung der Abstinenz sogar begünstigt wird (Donath et al., 2007; Gulliver et al., 2008; Kalman, 1998; Karman-Hage et al., 2005; Metz et al., 2005; Olbrich et al., 2008). Hinweise auf negative Effekte auf den übrigen Suchtmittelkonsum ergaben sich lediglich dort, wo die Tabakentwöhnung nicht auf freiwilliger Basis beruhte (s. Kalman, 1998).

Allerdings wird meist betont, dass sich eine gleichzeitige Entwöhnung von Alkohol und Tabak zwar nicht grundsätzlich ausschliessen, aber doch deutlich schwieriger zu erreichen ist. Gulliver et al. (2008) fassen zusammen, dass für Personen in einer Alkoholentwöhnung gilt: «... that cigarette abstinence is possible, though challenging». Besonders schwierig scheint ein Aufgeben des Rauchens in der ersten Zeit der Alkoholabstinenz zu sein, insbesondere für diejenigen, bei welchen das Rauchen zur Bewältigung des Alkoholverlangens eingesetzt wird (s. Kalman, 1998; Olbrich et al. 2008). Interventionsmassnahmen zur Veränderung der Tabakabhängigkeit während der Behandlung der Alkoholabhängigkeit werden in diesen Arbeiten empfohlen, auch wenn meist eingeräumt wird, dass nach dem aktuellen Forschungsstand mit eher bescheidenen Resultaten gerechnet werden muss (Gulliver et al., 2006; Hughes & Kalman, 2006; Olbrich et al., 2008).

Weit weniger eindeutig ist die Forschungslage in der Beurteilung von Massnahmen, welche die Rauchmöglichkeiten durch strukturelle Vorkehrungen einschränken. Donath et al. (2005) stellen in einer Übersichtsarbeit sowohl die bisher dokumentierten positiven als auch negativen Effekte einer restriktiven Rauchkultur in Suchtrehabilitationskliniken zusammen. Positive Effekte sind: ein «höherer Einfluss der Tabakentwöhnungsmassnahmen», die «Erhöhung der Motivation zum Aufhören», die «Unterstützung der ehemaligen Raucher bei der Aufrechterhaltung der Tabakabstinenz», «erhöhte Tabakabstinenzraten» sowie eine «Reduktion des Tabakkonsums». Als negative Effekte finden sich «opponierendes Verhalten», «zunehmende Frustration» «Abnehmen der sozialen Interaktionen» sowie «Abnahme der Auseinandersetzung mit der Hauptproblematik» bis hin zu «vermehrten Behandlungsabbrüchen» und «Rückgang der Eintritte» (Capretto, 1993).

Analog zu den Argumentationen in der Fachliteratur ergaben sich im Vorfeld der Umstellung auf eine «rauchfreie Klinik» auch in der Forel Klinik angeregte Diskussionen. Diese drehten sich vorwiegend um die Durchführbarkeit der Einschränkungen (Compliance der Patientinnen und Patienten, Durchsetzbar-

keit) und um zu erwartende positive bzw. negative Auswirkungen dieser Neuerung. Nach dem Entschluss zur Einführung erfolgte eine mehrmonatige Vorbereitungsphase. Parallel zu den baulichen Massnahmen (Errichtung der beiden Rauchpavillons, Nichtraucher-Beschriftung) wurden Informationsveranstaltungen sowohl für die Patienten und Patientinnen, als auch das Personal durchgeführt. Die Umstellung am 1. November 2006 verlief dann relativ unspektakulär und ohne grössere Umsetzungsschwierigkeiten. Auf spezifische Erfahrungen mit dem neuen Rauchkonzept wird im laufenden Artikel noch eingegangen.

Auf dem Hintergrund dieser neuen Rauchregelung entschlossen wir uns, die hier nun vorliegende Zwischenbilanz zum Rauchverhalten unserer Patienten und Patientinnen vorzunehmen. Einerseits soll ein Überblick über die aktuelle Prävalenz des Rauchens sowie den Grad der Tabakabhängigkeit im Behandlungsverlauf gewonnen werden. Andererseits soll untersucht werden, ob sich Hinweise auf positive bzw. negative Auswirkungen durch die Einführung der «rauchfreien Klinik» ergeben. Nicht zuletzt versprechen wir uns von den Resultaten Entscheidungshilfen für die Planung und Umsetzung weiterer Massnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums in unserer Klinik.

## **Methodik**

Mit act-info (act-info, 2008) steht den stationären Suchthilfe-Einrichtungen der Schweiz seit Anfang 2004 ein Klientenmonitoringsystem zur Verfügung, welches auch Angaben zum Rauchverhalten der Patienten und Patientinnen erfasst. Act-info wird mitfinanziert durch das Bundesamt für Gesundheit BAG; die Koordination und Datenauswertung erfolgt für die stationären Einrichtungen durch die Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme SFA in Lausanne. Erfasst werden Angaben zur Eintrittssituation der Patienten und Patientinnen sowie zum Verlauf der Behandlung mit einem standardisierten Eintritts- und Austrittsfragebogen. Die Befragung erfolgt jeweils durch die zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten, welche die Angaben der Patienten und Patientinnen im Fragebogen eintragen.

Bei der verwendeten Fragebogenversion handelt es sich um die Ausgabe für stationäre Behandlungsinstitutionen bei Alkohol- und Medikamentenproblemen (act-info-Residalc, Version 1.2; act-info, 2008). Sowohl bei Eintritt als auch bei Austritt werden der Raucher- bzw. Nichtraucherstatus bezogen auf die letzten 30 Tage sowie die 6 Items des Fagerström-Tests erfasst. Der Fagerström-Test (FTND, Fagerström Test for Nicotine Dependence, s. Fagerström et al., 1991; Heatherton et al., 1991) gibt Auskunft über den Grad der Tabakabhängigkeit. Im Weiteren werden allfällige Rauch-Stopp-Versuche in den letzten 6 Monaten vor Eintritt bzw. im Laufe der Behandlung erhoben.

Die Angaben der austretenden Patienten im Jahr nach der Einführung der «rauchfreien Klinik» werden mit den zwei davor liegenden Jahren desselben Jahrsabschnittes verglichen. In die Auswertung werden diejenigen Patienten einbezogen, welche in den 3 Jahren zwischen November 2004 und Oktober 2007 ein- bzw. austraten.

In diesen drei Jahren gab es 930 Eintritte (624 Männer und 306 Frauen) und 931 Austritte (626 Männer und 305 Frauen). Die Fragestellungen wurden anhand der

Angaben der Stichprobe der 931 austretenden Patienten und Patientinnen ausgewertet. Eine Ausnahme bildet die Frage nach möglichen negativen Auswirkungen der rauchfreien Klinik; hier bezieht sich die Bezugsstichprobe auf die 930 Eintritte.

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS 16.0 für Windows. Die Auswahl des interferenzstatistischen Verfahrens (t-Test, ANOVA, X2-Test) ist bei der Beschreibung der Resultate jeweils aufgeführt.

## Resultate

### Rauchende Patientinnen und Patienten in der Forel Klinik

Von denjenigen Patientinnen und Patienten, die ihre Behandlung in der Forel Klinik im Zeitraum Nov. 2004 bis Okt. 2007 abschlossen, rauchten 80.7% der Männer und 82.2% der Frauen. Im selben Zeitraum rauchten in der Schweizer Gesamtbevölkerung der 14- bis 65-Jährigen 25.3% der Frauen und 33.3% der Männer (Keller et al. 2008).

Es sind vor allem zwei Aspekte, welche ins Auge fallen: Einerseits ist der Raucheranteil bei unseren Patienten und Patientinnen gegenüber der Normalbevölkerung stark erhöht und andererseits ist diese Erhöhung bei Frauen weit stärker ausgeprägt als bei Männern.

Tabelle 1

### Soziodemographische Merkmale von Rauchern und Nichtrauchern in den Eintrittsjahren 2004-2007 (N = 913)<sup>a)</sup>

		Raucher (N = 741)	Nichtraucher (N = 172)	
<b>Alter</b> M (SD)		45.0 (9.1)	52.0 (10.5)	$T = -8.1$ ***
<b>Geschlecht</b> Anteil Frauen		32.9%	30.8%	n.s. ( $\chi^2$ )
<b>Zivilstand</b> Häufigkeit	Ledig	37.8 %	24.0 %	$\chi^2 (4) = 23.7$ ***
	verheiratet	25.5 %	42.1 %	
	getrennt, geschieden, verwitwet	36.8 %	33.9 %	
<b>Nationalität</b> Häufigkeit	CH	87.1 %	86.4 %	n.s. ( $\chi^2$ )
	EU	10.1 %	10.1 %	
	Andere	2.7 %	3.6 %	
<b>Bildungsstatus</b> Häufigkeit	Obligat. Schule	9.4 %	6.5 %	$\chi^2 (3) = 29.9$ ***
	Berufslehre	64.2 %	51.8 %	
	Matura, höhere Ausbildung	16.3 %	20.7 %	
	Fachhochschule	10.5 %	20.8 %	
	Uni			

<sup>a)</sup> Von den insgesamt 931 Behandlungsabschlüssen liegen bei 913 Personen Angaben zum Raucherstatus bei Eintritt vor  
\*\*\*  $p \leq 0,001$

In Tabelle 1 sind die wichtigsten soziodemographischen Merkmale aufgeführt. Wie schon im vorherigen Abschnitt gezeigt, finden wir keinen Unterschied zwischen dem Anteil an rauchenden Frauen und Männern. Ebenfalls finden sich keine Unterschiede hinsichtlich der Nationalität. Die Patientinnen und Patienten, die rauchten, waren jedoch bei Eintritt etwa 7 Jahre jünger als diejenigen, die nicht rauchten, und häufiger ledig. Zudem weisen sie einen tieferen Bildungsgrad auf.

## **Tabakkonsum im Verlauf des stationären Aufenthaltes**

### **Raucheranteil**

---

Bei den Männern sank der Raucheranteil während der Behandlung von 80.7% um 4.2% auf 76.5%, bei den Frauen von 82.2% um 1.0% auf 81.2%. Dieser Rückgang erweist sich bei den Männern als statistisch signifikant (McNemar-Test:  $X^2 = 6.9$ ,  $p=0.01$ ), nicht jedoch bei den Frauen.

Während der Behandlung haben die Versuche, das Rauchen aufzugeben gegenüber der Zeit vor der Behandlung zugenommen. Bei Eintritt gab etwa jede 10. Person (12.3% bei den Männern, 13.1% bei den Frauen) an, in den letzten 6 Monaten einen Rauch-Stopp versucht zu haben. Während der Behandlung (bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 3.5 Monaten) unternahmen mehr als doppelt so viele Männer einen solchen Versuch. Bei den Frauen hingegen waren es nur geringfügig mehr als vor der Behandlung (13.7% bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 3.1 Monaten). Berechnet man aufgrund der Angaben die Rate der erfolgreichen Rauch-Stoppversuche ergibt sich diesbezügliche eine Steigerung von 23.5% auf 28.9% bei den Männern und von 14.5% auf 17.6% bei den Frauen.

### **Zigarettenkonsum**

---

Die Menge der konsumierten Zigaretten ist über vier Kategorien erfasst worden:

«1-10 Zigaretten täglich», «11-20 Zigaretten täglich», «21-30 Zigaretten täglich» und «mehr als 30 Zigaretten täglich».

Von denjenigen Personen, bei welchen Angaben zum täglichen Zigarettenkonsum sowohl bei Eintritt als auch Austritt zur Verfügung standen (378 Männer und 193 Frauen) haben 43.4% bei den Männern und 40.9% bei den Frauen ihren täglichen Zigarettenkonsum reduziert und zwar um mindestens eine Kategorie.

Eine Zunahme fand sich bei 7.4% der Männer und 10.9% bei den Frauen, während bei etwa der Hälfte der Personen (49.2% bei den Männern und 48.2% bei den Frauen) der Konsum vom Eintritt bis zum Austritt keine Veränderung erfuhr.

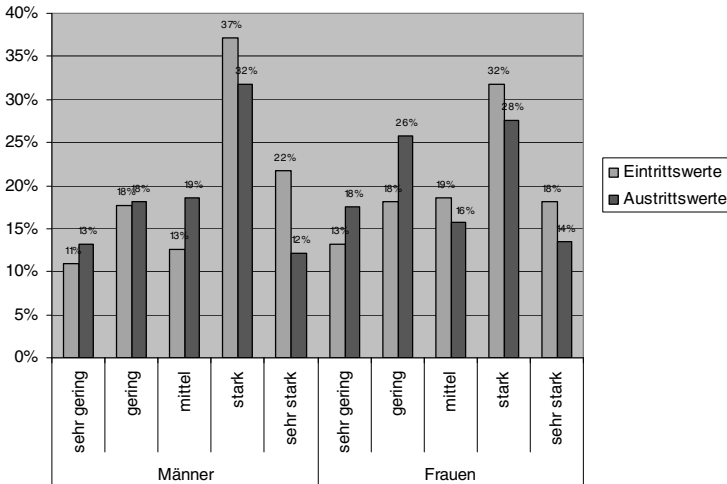
Die Anzahl der starken Raucher und Raucherinnen (mehr als eine Packung Zigaretten täglich) sank dabei von 68.7% auf 43.8% bei den Männern und von 51.6% auf 37.5% bei den Frauen.

## Tabakabhängigkeit

Über den Grad der Tabakabhängigkeit bei Rauchern und Raucherinnen gibt die Fagerström-Skala (Skalen von 0 – 10) Auskunft (Heatherton et al. 1991). Werte von 0-4 entsprechen einer «sehr geringen» bzw. «geringen», 5 einer «mittleren» und Werte von 6-10 einer «starken» bzw. «sehr starken» Abhängigkeit (Fagerström et al. 1991). Die entsprechenden Werte der Raucher und Raucherinnen in der Forel Klinik sind in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1

### Tabakabhängigkeit (Fagerström-Werte) von Nov. 2004 – Okt. 2007



Wie die Abbildung zeigt, finden wir im Laufe der Behandlung vor allem eine Verschiebung der «starken» bzw. «sehr starken» Ausprägungen der Abhängigkeit hin zu geringeren Abhängigkeitsgraden. Bei Eintritt sind bei den Männern 59% «stark» oder «sehr stark» abhängig, bei Austritt noch 44%, es besteht also eine Abnahme von 15%. Bei den Frauen gibt es bei Eintritt 50% mit einer «starken» bzw. «sehr starken» Tabakabhängigkeit, bei Austritt sind es 8% weniger, nämlich noch 42%.

Diese Verschiebungen lassen sich auch statistisch nachweisen (Männer:  $Z = -6.9$ ,  $p < 0.01$ ; Frauen  $Z = -3.8$ ,  $p < 0.01$ ; Wilcoxon signed ranks test).

Betrachtet man die Durchschnittswerte zeigt sich folgendes Bild:

Bei den Männern finden wir durchschnittliche Werte beim Eintritt von 5.8 (SD=2.3) und beim Austritt von knapp 5.0 (SD=2.2). Diese Abnahme von 0.8 Punk-

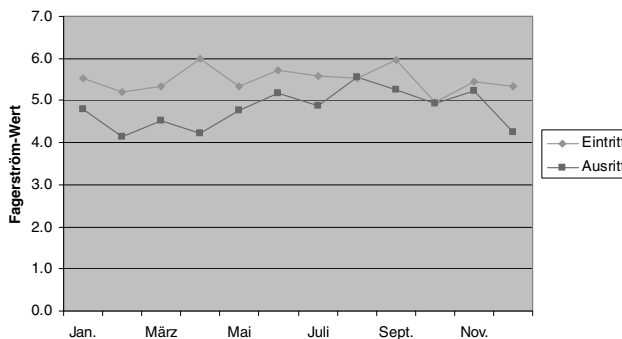
ten ist statistisch signifikant ( $T=7.8$ ,  $p \leq 0.01$ ; t-Test). Bei den Raucherinnen liegt der Wert bei Eintritt bei 5.5 (SD=2.2) und bei Austritt bei 4.9 (SD=2.2). Auch hier erweist sich die Abnahme des Abhängigkeitsgrades von 0.6 Punkten als statistisch signifikant ( $T=4.6$ ,  $p \leq 0.01$ , t-Test).

Die Abnahme der Tabakabhängigkeit im Laufe der Behandlung zeigt sich also auch bei den Mittelwerten des Fagerströmtests und zwar durchschnittlich von einer mittleren bis starken Abhängigkeit bei Eintritt zu einer mittleren Abhängigkeit bei Austritt. Bei 51.5% der Patienten und 49.2% der Patientinnen finden wir eine Reduktion des Abhängigkeitsgrades, bei jeder fünften Person (19.9% der Männer und 21.2% der Frauen) hingegen einen Anstieg.

In Abbildung 2 sind gemittelte Fagerström-Werte über die drei Beobachtungsjahre der Eintritts- bzw. Austrittsmonate dargestellt. Auch hier zeigt sich wieder der durchschnittlich geringere Abhängigkeitsgrad der Austretenden gegenüber den Eintretenden. Zusätzlich finden wir bei Austritt eine höhere Streuung der Werte über die Monate gesehen. Im Gegensatz zu den Werten der Eintretenden lässt sich bei den Austretenden auch statistisch ein Unterschied der Werte über die Monate gesehen nachweisen (ONE-WAY ANOVA: Eintritt  $F=1.4$ ,  $p=0.17$ ; Austritt  $F=1.9$ ,  $p=0.03$ ).

Abbildung 2

### Saisonale Fagerström-Werte (Monatliche Werte gemittelt über die drei Jahre Nov. 2004 – Okt. 2007)



Bei genauerer Betrachtung dieser monatlichen Unterschiede lässt sich ein jahreszeitlicher Zusammenhang erkennen: Personen, welche in den Monaten Dezember bis Mai austreten, beurteilen die Stärke ihrer Tabakabhängigkeit in den letzten 30 Tagen ihres Aufenthaltes als geringer, verglichen mit denjenigen, welche in den Monaten Juni bis November austreten.

### Veränderung des Tabakkonsums nach Einführung der «rauchfreien Klinik»

Um Hinweise auf mögliche Veränderungen des Rauchverhaltens nach der Einführung der «rauchfreien Klinik» zu klären, wurden die Angaben der austretenden Patientinnen und Patienten im Jahr nach der Einführung der «rauchfreien Klinik» mit den zwei davor liegenden Perioden derselben Jahresab-



schnitte verglichen. Die Festlegung auf einjährige Auswertungsperioden liegt unter anderem auch deshalb nahe, um mögliche Verzerrungen durch die oben beschriebenen saisonalen Schwankungen auszuschliessen. Damit ergeben sich folgende drei Auswertungsperioden:

- Austrittsperiode November 2004 bis Oktober 2005 (AP 04-05)
  - bisherige Regelung, also Rauchen im Freien (inkl. Balkon usw.) erlaubt
- Austrittsperiode November 2005 bis Oktober 2006 (AP 05-06)
  - bisherige Regelung, also Rauchen im Freien (inkl. Balkon usw.) erlaubt
- Austrittsperiode November 2006 bis Oktober 2007 (AP 06-07)
  - nach Einführung der «rauchfreien Klinik» am Standort Ellikon (mit 2 Rauchpavillons)

## Raucheranteil

Inwiefern sich das Rauchverhalten über die 3 Auswertungsperioden einerseits und im Lauf der Behandlung andererseits veränderte, ist in Tabelle 2 dargestellt. Die Kolonne (AP 06-07) stellt dabei diejenige Auswertungsperiode dar, in welcher am Standort Ellikon nur noch in den Rauchzonen geraucht werden konnte.

Tabelle 2

### Veränderung des Raucher- bzw. Nichtraucherstatus (bezogen auf die letzten 30 Tage) über die 3 Austrittsperioden

	AP 04-05	AP 05-06	AP 06-07 Rauchfrei in Ellikon	
<b>Ellikon</b>	N = 226	N = 233	N = 253	
Rauch-Stopp	12 (5.5%)	13 (5.6%)	11 (4.3%)	n.s. <sup>a)</sup>
Rauch-Start	10 (4.4%)	5 (2.1%)	4 (1.6%)	n.s. <sup>a)</sup>
<b>Turbenthal</b>	N = 42	N = 46	N = 50	
Rauch-Stopp	2 (4.8%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	b)
Rauch-Start	2 (4.8%)	1 (2.2%)	0 (0.0%)	b)

<sup>a)</sup>  $\chi^2$ -Test

<sup>b)</sup> Keine statistische Auswertung ( $\chi^2$ ) aufgrund der geringen Zellenbesetzung

Bei der absoluten Anzahl Personen, die während der Behandlung das Rauchen aufgaben, lassen sich über die 3 Jahre, also auch im «rauchfreien» Jahr, keine Unterschiede feststellen. In Ellikon sind es jeweils 11 bis 13 Personen, welche mit dem Rauchen stoppten. Ebenso zeigten sich keine schlüssigen Veränderungen bei denjenigen Personen, welche im Verlaufe der Behandlung den Tabakkonsum aufnahmen. Die Anzahl schwankt in Ellikon zwischen 4 und 10 Personen.

Grundlage der Aussagen in dieser Tabelle sind die Angaben der Patienten über ihren Tabakkonsum in den letzten 30 Tagen vor Eintritt bzw. vor Austritt. Wählt man bei Eintritt diejenigen Personen aus, welche nicht nur die letzten 30 Tage, sondern 6 Monate Nichtraucher waren, sind es wesentlich weniger, welche im Verlaufe der Behandlung das Rauchen wieder aufnahmen. Es waren dies insgesamt über alle Auswertungsperioden 9 in der gesamten Klinik (also im Durchschnitt 3 pro Jahr) gegenüber den in der Tabelle dargestellten 22 (im Durch-

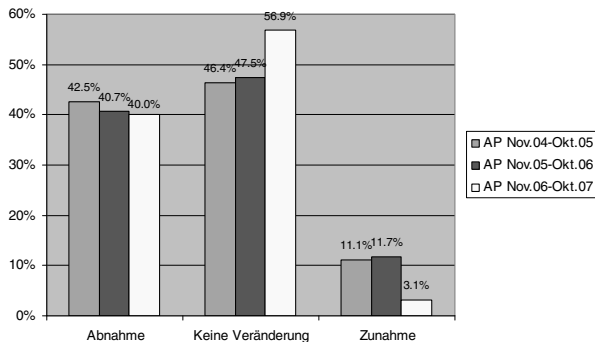
schnitt gut 7 pro Jahr), welche auf 30 konsumfreien Tagen vor Eintritt beruht. Bei mehr als der Hälfte der Konsumanfänger handelt es sich also um Personen, welche bei Eintritt erst kurze Zeit Nichtraucher waren.

### Zigarettenkonsum

In Abbildung 3 ist der Veränderungsanteil während der Behandlung hinsichtlich des Zigarettenkonsums dargestellt, und zwar wieder in Bezug auf die vier Konsumkategorien «1-10 Zigaretten täglich», «11-20 Zigaretten täglich», «21-30 Zigaretten täglich» und «mehr als 30 Zigaretten täglich». In allen 3 Jahren berichten rund 40% der Raucher und Raucherinnen von einer Abnahme um mindestens 1 Kategorie. Der Anteil derjenigen, welche den Zigarettenkonsum während der Behandlung steigern, ist jedoch nach der Einführung der «rauchfreien Klinik» mit 3.1% deutlich geringer als in den beiden Vorjahren (11.1% bzw. 11.7%) und der Anteil der Personen mit unverändertem Konsum hat mit 56.9% eine deutliche Zunahme erfahren gegenüber den 46.4% und 47.5% in den Vorjahren. Die unterschiedliche Verteilung über die Auswertungsperioden lässt sich auch statistisch aufzeigen ( $X^2(2) = 10.7, p=0.03$ ).

Abbildung 3

#### Veränderung des Zigarettenkonsums während der Behandlung im Verlauf der 3 Auswertungsperioden am Standort Ellikon



Die Abnahme der «starken» Raucher (mehr als 20 Zigaretten täglich) hat sich nach Einführung der «rauchfreien Klinik» auf 35% reduziert. In den Vorjahren rauchten 47.7% bzw. 47.8% bei Austritt mehr als 20 Zigaretten täglich. Diese Unterschiede der Konsumabnahme bei Austritt über die Auswertungsperioden waren ebenfalls signifikant ( $X^2(2) = 7.04, p=0.03$ ), ohne Anzeichen auf entsprechende Unterschiede bei den Eintrittswerten (AP04-05-> 71.2%; AP05-06-> 66.0%; AP06-07-> 62.5%).

### Tabakabhängigkeit

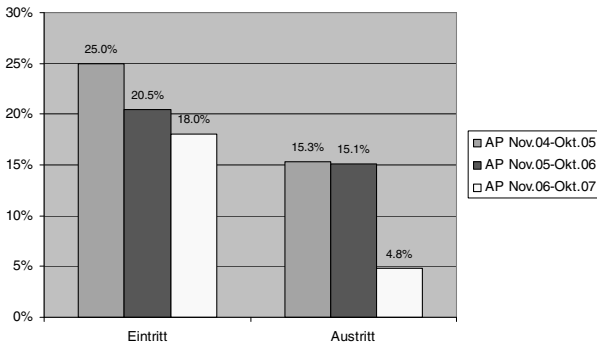
Gibt es Hinweise darauf, dass die Einführung der rauchfreien Klinik einen Einfluss auf den Abhängigkeitsgrad der Raucher und Raucherinnen haben könnte?

Bei den Eintrittswerten (vgl. Abbildung 4) finden wir sowohl in Ellikon als auch in Turbenthal keine Unterschiede bezüglich der Verteilung dieser Schweregradkategorien über die 3 Auswertungsperioden (X2-Test). Bei den Austrittswerten finden wir jedoch am Standort Ellikon einen signifikanten Abfall auf 6 (4.8%) in der Kategorie «sehr starke» Abhängigkeit im letzten Auswertungsjahr ( $X2(2) = 8.9, p=0.01$ ).

In den beiden vorherigen Jahren wiesen zum Zeitpunkt des Austritts noch 22 (15.3%), bzw. 21 (15.1%) Raucher eine «sehr starke» Abhängigkeit auf. Am Standort Turbenthal konnte im letzten Auswertungsjahr keine entsprechende zusätzliche Abnahme gegenüber den Vorjahren festgestellt werden.

Abbildung 4

**«Sehr starke» Tabakabhängigkeit bei Eintritt und Austritt im Verlauf der 3 Auswertungsperioden am Standort Ellikon**



So deutlich die Abnahme in der Kategorie «sehr starke» Tabakabhängigkeit im letzten Behandlungsjahr in Ellikon ist, sie schlägt sich nicht in einer generellen Abnahme des durchschnittlichen Abhängigkeitsgrades nieder (Tabelle 3).

Tabelle 3

**Durchschnittliche Fagerström-Werte über die 3 Austrittsperioden**

		AP 04-05	AP 05-06	AP 06-07 Rauchfrei in Ellikon	
<b>Ellikon</b>					
N (Ein) = 184 / 190 / 167	Eintritt	5.8	5.6	5.4	n.s. <sup>a)</sup>
N (Aus) = 144 / 139 / 125	Austritt	4.8	5.2	4.6	n.s. <sup>a)</sup>
	Diff.	-1.0	-0.4	-0.8	
<b>Turbenthal</b>					
N (Ein) = 34 / 39 / 35	Eintritt	5.1	5.0	5.7	n.s. <sup>a)</sup>
N (Aus) = 23 / 30 / 28	Austritt	4.8	4.5	5.1	n.s. <sup>a)</sup>
	Diff.	-0.3	-0.7	-0.6	

<sup>a)</sup> One-Way ANOVA

Auch in Tabelle 3 zeigt sich die Abnahme der durchschnittlichen Abhängigkeitswerte von Eintritt zu Austritt. Abgesehen von der AP 04-05 in Turbenthal ist diese Abnahme in allen Austrittsperioden auch statistisch signifikant ( $p \leq 0.05$ , t-Test für abh. Stichproben). Allerdings unterscheidet sich diese Abnahme in der «rauchfreien» Auswertungsperiode nicht wesentlich von den Vorjahresperioden, wie auch eine Varianzanalyse über die 3 jeweiligen Auswertungsperioden zeigt.

### Mögliche negative Auswirkungen nach Einführung der «rauchfreien Klinik»

Zum Schluss bleibt noch die Frage nach allfälligen negativen Auswirkungen einer rauchfreien Umgebung auf die Behandlung von alkoholabhängigen Menschen offen. Werden Raucher von einem solchen Behandlungssetting abgeschreckt, oder allenfalls die «sehr starken» Raucher? Kommt es zu mehr Behandlungsabbrüchen oder Rückfällen mit Alkoholkonsum? Wir haben die diesbezüglichen Angaben unserer Patienten wiederum für den Standort Ellikon (mit Einführung des rauchfreien Behandlungsrahmens ab Nov. 06) und den Standort Turbenthal (mit bisherigen Rauchregeln) getrennt ausgewertet. Alle diejenigen, welche im Jahr nach Einführung des rauchfreien Standortes Ellikon eingetreten sind, wurden den Eintretenden der beiden korrespondierenden Vorjahresperioden gegenübergestellt (während bei den bisherigen Fragestellungen die Austretenden in den 3 Auswertungsjahren verglichen wurden). Somit können wir auf die Auswertungen folgender Eintrittsperioden zurückgreifen:

Eintrittsperiode November 2004 bis Oktober 2005 (EP 04-05)

Eintrittsperiode November 2005 bis Oktober 2006 (EP 05-06)

Eintrittsperiode November 2006 bis Oktober 2007 (EP 06-07)

Wobei auch hier die letzte Eintrittsperiode jene nach Einführung der «rauchfreien Klinik» repräsentiert. Die Ergebnisse sind in Tab. 4 zusammengestellt.

Tabelle 4

### Raucherquote und Anteil der Personen mit «sehr starker» Tabakabhängigkeit bei Eintritt sowie Anteil der Raucher und Raucherinnen mit Behandlungsabbrüchen bzw. Rückfällen im Vergleich der drei Eintrittsperioden

	EP 04-05	EP 05-06	EP 06-07 Rauchfrei in Ellikon	
<b>Ellikon</b>				
Anteil Raucher(-innen) N = 248 / 248 / 259	81.0 %	83.1 %	78.8 %	n.s. <sup>a)</sup>
Raucher(-innen) mit „sehr starker“ Abh. N = 185 / 178 / 153	23.8 %	18.0 %	17.0 %	n.s. <sup>a)</sup>
Raucher(-innen) -> Behandlungsabbrüche N = 200 / 206 / 189	15.0 %	23.3 %	14.8 %	n.s. <sup>a)</sup>
Raucher(-innen) -> Rückfälle (Alkohol) N = 190 / 198 / 182	47.9 %	52.0 %	44.0 %	n.s. <sup>a)</sup>
<b>Turbenthal</b>				
Anteil Raucherinnen N = 50 / 54 / 51	76.0 %	85.2 %	74.5 %	n.s. <sup>a)</sup>
Raucherinnen mit „sehr starker“ Abh. N = 35 / 39 / 30	17.1 %	12.8 %	23.3 %	<sup>b)</sup>
Raucherinnen -> Behandlungsabbrüche N = 37 / 45 / 33	16.2 %	17.8 %	15.2 %	<sup>b)</sup>
Raucherinnen -> Rückfälle (Alkohol) N = 34 / 43 / 35	58.8 %	48.8 %	45.7 %	n.s. <sup>a)</sup>

<sup>a)</sup>  $\chi^2$ -Test

<sup>b)</sup> Keine statistische Auswertung ( $\chi^2$ ) aufgrund der geringen Zellenbesetzung

Bei den Personen, welche nach der Einführung der «rauchfreien Klinik» in Ellikon eingetreten sind, unterscheidet sich weder der Anteil der Raucher und Raucherinnen, noch der Anteil der Personen mit einer «sehr starken» Tabakabhängigkeit wesentlich von den Eintritten der Vorjahre. Dasselbe gilt für die Behandlungsabbrüche oder die Rückfälle in Bezug auf Alkoholkonsum. Wir finden somit keine Hinweise auf massgebliche negative Auswirkungen des rauchfreien Behandlungsrahmens auf die Selektion oder den Verlauf der Behandlung.

## **Diskussion**

### **Prävalenz des Tabakkonsums**

---

Die Raucherquote in der Forel Klinik in den 3 Auswertungsjahren beträgt 80.7% bei den Männern und 82.2% bei den Frauen. Verglichen mit der Schweizer Bevölkerung ist die Raucherquote deutlich erhöht (bei den Männern um fast das 2.5-fache und bei den Frauen um zirka das 3-fache).

Diese Zahlen sind zum Teil vergleichbar mit den Resultaten, welche auch in anderen Untersuchungen berichtet werden. So finden Donath et al. (2007) in einer neueren Studie bei 39 Fachkliniken für Alkoholabhängige in Deutschland eine Raucherquote von 84%, was im Vergleich zur deutschen Bevölkerung annähernd 3-fach so hoch ist. Dass bei den Frauen in der Forel Klinik die Raucherquotenüberhöhung deutlich höher liegt als bei Männern, fand in der Literatur keine Entsprechung.

### **Tabakkonsum im Verlauf des stationären Aufenthaltes**

---

Insgesamt zeigen die Resultate übereinstimmend eine Abnahme der Raucherquote. Bei den Austrittsdaten aller 3 Beobachtungsjahre zusammen sank dabei der Raucheranteil bei den Männern um 4.2% und bei den Frauen um 1.0%. Wenn man die Angaben in absoluten Zahlen darstellt, nimmt sich diese Abnahme allerdings eher gering aus. Bei den Männern ergibt dies eine Abnahme von durchschnittlich gut 6, bei den Frauen von 2 Personen pro Jahr. Zwar gaben pro Jahr etwa 6 Personen zusätzlich das Rauchen auf, allerdings waren es ebenso viele, welche den Tabakkonsum während der Behandlung (wieder-) aufnahmen. Dabei sind vor allem Personen, welche das Rauchen erst vor kurzem aufgaben, am ehesten gefährdet, wieder mit Rauchen zu beginnen. Es wäre denkbar, für diese Personen selektiv zusätzliche Behandlungsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten zur Aufrechterhaltung der Tabakabstinenz bereitzustellen.

Eine deutliche Veränderung während der stationären Behandlung zeichnet sich im Tabakkonsum der Raucher und Raucherinnen ab. Entsprechend der Absicht der Interventionsmassnahmen finden wir eine starke Abnahme des Zigarettenkonsums sowie des Tabakabhängigkeitsgrades.

## **Veränderung nach Einführung der «rauchfreien Klinik»**

### **Negative Auswirkungen nach Einführung der «rauchfreien Klinik»**

---

Die Datenanalyse ergibt keine Anhaltspunkte auf die in der Fachliteratur diskutierten möglichen negativen Effekte der restriktiveren Rauchregeln auf die Behandlungsselektion bzw. den Behandlungsverlauf (Donath et al. 2005). Unterstützt wird dieser Befund durch Berichte der Ärzte und Therapeutinnen, welche die Aufnahmegespräche vor dem Entscheid zum Klinikeintritt führen. Es ist uns kein Fall bekannt, welcher die aktuellen Rauchregeln als Grund für einen Nichteintritt angab (bzw. offen deklarierte).

Die uns zur Verfügung stehenden Angaben erlauben keine Aussagen darüber, ob die zusätzlichen Raucheinschränkungen für die Raucher und Raucherinnen mit vermehrtem Stress verbunden sind, weil die kompensierende Copingstrategie «Rauchen» weniger zur Verfügung steht (Metz et al. 2005). Auch über eine allfällige Zunahme von Alkoholcraving können wir keine Aussagen machen. Zumindest können wir davon ausgehen, dass das Ausmass entsprechender Stressmomente weder zu einer Zunahme der Rückfälle noch der Abbrüche führte. Donath et al. (2005) nennen in ihrer Übersichtsarbeit «vermehrte Frustrationen mit opponierendem Verhalten», «eingeschränkte soziale Interaktionen», und eine «verminderte Fokussierung auf die Alkoholproblematik» als bisher berichtete negative Folgen einer restriktiven Rauchregelung. Auch zu diesen Aspekten liegen uns keine systematischen Angaben vor. Aus einer Zufriedenheitsbefragung im September 2007 (Eggl, Schlüsselberger & Meyer, 2008) wissen wir, dass die vorhandenen Rauchmöglichkeiten in Ellikon deutlich weniger beliebt sind als diejenigen in Turbenthal. In Turbenthal beurteilen sie 90% der Patientinnen als angemessen, in Ellikon hingegen tun dies nur 58.5% aller Betroffenen. 30.0% der Personen in Ellikon beurteilen sie gar als Schikane (16% in Turbenthal). Wir haben aus dem Klinikalltag bisher jedoch keine Anzeichen darauf, dass sich diese geringere Beliebtheit bzw. gar Ablehnung in opponierendem Verhalten niederschlägt. Trotzdem sehen wir uns in diesem Zusammenhang mit einer Diskussion über Behandlungsgrundsätze sowie ethische Abwägungen konfrontiert: Inwieweit sind Behandlungsmassnahmen sinnvoll und vertretbar, welche von einem erheblichen Teil der Patienten abgelehnt wird? Dem Fürsorgeanspruch der Gesundheitsförderung und der «Harm Reduction» stehen die Werte der Patientenautonomie sowie Ausrichtung der Behandlung auf die Patientenansprüche gegenüber. Diese Suche nach einer adäquaten Haltung findet sich in den letzten Jahren auch in der gesellschaftlichen Diskussion um Raucheinschränkungen als gesundheitspolitische Massnahme wieder. Auch dort erweist sich eine möglichst ideologiefreie Konsensfindung als Herausforderung (Wolf, 2003).

Anhaltspunkte auf eine Verringerung der «sozialen Interaktionen» haben sich unseres Erachtens ebenfalls keine ergeben, wohl eher auf eine Verschiebung. Während sich vor Einführung der «rauchfreien Klinik» die Raucher und Raucherinnen innerhalb der 7 Behandlungsgruppen formierten, treffen sie sich heute in den beiden Rauchpavillons und es kommt so zu vermehrten gruppenübergreifenden Kontakten. Nach Einschätzung der Therapiefachleute

in der Klinik haben die Verstöße gegen die Rauchregeln und die entsprechenden therapeutischen Interventionen seit Einführung der neuen Rauchregeln etwas zugenommen, allerdings haben wir aus dem Klinikalltag keine Hinweise darauf, dass die entsprechende Behandlungsdynamik eine massgebliche Abkehr von der Fokussierung auf die Hauptproblematik zur Folge haben könnte.

### **Positive Auswirkungen nach Einführung der «rauchfreien Klinik»**

---

Zusammengefasst weisen die Befunde darauf hin, dass die Einführung der «rauchfreien Klinik» die Reduktion des Tabakkonsums zusätzlich begünstigte, insbesondere bei starken Rauchern. Zudem fanden wir weniger Personen als in den Vorjahren mit einem Anstieg des Zigarettenkonsums im Verlaufe der Behandlung.

Die Umstellung auf die «rauchfreie Klinik» verlief relativ problemlos und die neuen Rauch-Areale gehören inzwischen zum Normalalltag.

### **Limitationen**

Die Aussagekraft der vorliegenden Befunde ist mit mehreren Einschränkungen verbunden. Einerseits handelt es sich um eine retrospektive Auswertung von bereits vorhandenen Angaben. D.h. die Auswahl der differenzierten Fragestellungen sowie deren Operationalisierung beschränken sich auf die Auswertungsmöglichkeiten des vorhandenen Datenmaterials.

Zudem beruht der Vergleich der 3 Auswertungsperioden einerseits und der Vergleich von Ellikon mit Turbenthal andererseits nicht auf einer experimentellen Grundlage, sondern orientiert sich am gegebenen Setting. Zwar konnten beim Vergleich der Eintrittswerte keine Unterschiede zwischen den 3 Auswertungsperioden gefunden werden. Es ist jedoch nicht auszuschliessen, dass externe oder interne Faktoren den Verlauf des Rauchverhaltens beeinflussten. Die stark zugenommenen gesellschaftlichen Bemühungen zur Unterstützung des Nichtrauchens in den letzten Jahren könnten sich auch auf eine entsprechende Änderungsbereitschaft bei den Patientinnen und Patienten auswirken. Auch eine Veränderung der möglichen Einflussfaktoren während der Behandlung über die untersuchten Jahre ist nicht ganz auszuschliessen. Zwar haben wir diesbezüglich keine Anhaltspunkte, allerdings liegen nicht überall systematisch erhobene Angaben vor (z.B. bei der Veränderung der medikamentösen Unterstützung bei der Nikotin-Konsumreduktion).

Während die Ausschöpfungsquote der meisten Merkmale über 90% lag, zeigte sich diese bezüglich der Fagerström-Werte reduziert (bei Eintritt 87.6% bei Austritt 73.5%). Dies ist hauptsächlich erhebungstechnisch bedingt und wir fanden keine Hinweise auf systematische Verzerrungen.

Trotz dieser Einschränkungen scheint uns die gewählte Vorgehensweise zum Zweck einer Standortbestimmung der bisherigen Bemühungen der Forel Klinik zur Einschränkung des Tabakkonsums durchaus vertretbar.

## Schlussfolgerungen

Erklärtes Ziel der Forel Klinik ist es, die Sistierung bzw. Reduktion des Tabakkonsums bei den Patientinnen und Patienten mit einer Reihe von Angeboten und infrastrukturellen Vorkehrungen soweit wie möglich zu begünstigen. Mit der Einführung der «rauchfreien Klinik» am Standort Ellikon im Herbst 2006 sollten diese Bemühungen zusätzlich unterstützt werden.

Aufgrund der Erfahrungen in den letzten Jahren sowie den vorliegenden Ergebnissen legen sich für uns folgende Schlussfolgerungen zum bisherigen Massnahmenkatalog zur Reduktion des Tabakkonsums nahe:

1. Das derzeitige Rauchkonzept trägt insgesamt dazu bei, dass Raucher und Raucherinnen ihren Tabakkonsum während des Aufenthalts in der Forel Klinik deutlich reduzieren.
2. Die Anzahl der Rauchenden nimmt zwar ebenfalls ab, allerdings in geringem Masse. Es ist zu überprüfen, inwieweit die derzeitigen Unterstützungsangebote sowohl zur Erreichung als auch zur Aufrechterhaltung einer Tabakabstinenz noch intensivierbar bzw. adaptierbar sind.
3. Bei der Einführung der «rauchfreien Klinik» in Ellikon mit zusätzlichen Beschränkungen der Rauchmöglichkeiten auf umgrenzte Rauch-Areale ergaben sich kaum Hinweise auf mögliche negative Auswirkungen. Dagegen finden wir einige Anhaltspunkte für positive Effekte hinsichtlich einer zusätzlichen Reduktion des Tabakkonsums, insbesondere bei starken Rauchern und Raucherinnen. Auch gab es weniger Personen mit einer Zunahme des Zigarettenkonsums. Im Kanon der übrigen Angebote und strukturellen Vorkehrungen erweist sich also diese zusätzliche Einschränkung der Rauchmöglichkeiten als durchaus ergänzende Massnahme zur Reduktion des Tabakkonsums während des Aufenthaltes.
4. Es gibt einige Hinweise auf Geschlechtsunterschiede (weniger Aufhörversuche bei Frauen, geringere Abnahme der Raucherquote bei Frauen). Es wäre sicher sinnvoll, diese Anhaltspunkte zur Ableitung behandlungsrelevanter Aussagen differenzierter zu untersuchen.
5. Die vorliegende Auswertung beschränkt sich auf die Zeit während der Behandlung. Es bleibt dabei völlig offen, inwiefern sich unsere Massnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums mittel- und längerfristig auswirken, was eine Nachuntersuchung zu dieser Thematik nahelegt.

Einzelmassnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums in einer Klinik sind kaum erfolgversprechend. Es bedarf dazu eines konzeptionell verankerten und konzertierten Massnahmenbündels sowohl von spezifischen Angeboten als auch strukturellen Vorkehrungen. Im Weiteren bedarf es der fortlaufenden Überprüfung und Anpassung der Massnahmen. Die vorliegenden Auswertungen stellen somit einen Zwischenschritt im ständigen Entwicklungsprozess sowie in der Umsetzung einer adäquaten Tabakpolitik in unserer Klinik dar.



## Summary

---

### *Tobacco consumption during inpatient treatment for alcohol addicts at a no-smoking clinic.*

#### *A provisional appraisal of the Forel clinic.*

A comprehensive package of measures to reduce tobacco consumption among alcohol addicts has been part of the treatment programme at the Forel clinic for several years. The «no-smoking clinic» was also introduced in autumn 2006, i.e. smoking was limited to closely confined smoking areas.

We conducted an evaluation study to gather information about changes in tobacco consumption during treatment at the Forel clinic. Moreover, we also wanted to establish whether there were any references to positive or negative effects following the introduction of the «no-smoking clinic». For this purpose the data on smoking behaviour, which were available from surveys for the patient monitoring system «act-info», were evaluated. The details of all patients who were having medical treatment between November 2004 and October 2007 were taken into account.

The results show that smokers considerably reduced their tobacco consumption during the stay at the Forel clinic, and the degree of their tobacco dependence diminished. The number of smokers also decreased, but only slightly.

Moreover, the results also indicate that the introduction of the «no-smoking clinic» favoured a reduction in tobacco consumption, particularly among heavy smokers. Only marginal negative effects were observed, and there were no indications of treatment-critical effects due to the additional restrictions on the chance to smoke.

## Résumé

---

### *Tabagisme lors de l'hospitalisation d'alcooliques dans une clinique sans fumée.*

#### *Un bilan intermédiaire de la clinique Forel.*

À la clinique Forel, depuis de nombreuses années, un paquet de mesures globales de réduction de la consommation de tabac chez des alcooliques fait partie du programme de traitement. De plus, en automne 2006 a été lancée la «clinique sans fumée», c.-à-d. que la fumée a été restreinte à des zones fumeurs strictement délimitées.

Sur la base d'une étude d'évaluation, nous avons voulu connaître les changements de consommation de tabac pendant le traitement à la clinique Forel. En outre, il fallait trouver s'il y avait des signes d'effets positifs ou négatifs avec l'introduction d'une «clinique sans fumée». Pour ce faire, on a évalué les données comportementales vis-à-vis de la fumée, à la suite de sondages disponibles dans le système de suivi des patients act-info. Ont été prises en considération les données de tous les patients traités entre novembre 2004 et octobre 2007.

Les résultats montrent que les fumeurs ont réduit nettement leur consommation de tabac pendant leur séjour à la clinique Forel et que le degré de leur dépendance au tabac a diminué. Le nombre de fumeurs a également baissé, mais en moindre mesure.

Les résultats indiquent également que l'introduction de la «clinique sans fumée» a favorisé la réduction de la consommation de tabac, en particulier chez les grands fumeurs. Les effets négatifs observés étaient marginaux et il n'y avait aucun signe d'effet critique pour le traitement suite à la restriction supplémentaire des possibilités de fumer.

## Literaturverzeichnis

---

Act-info (2008). Online information; Available from: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/index.html?lang=de>.

Batra, A. (2000). Tabakabhängigkeit. Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten. Darmstadt: Steinkopff.

Donath, C., Metz, K., & Kröger, C. (2005). Helfen Rauchverbote wirklich? – Der Einfluss von Tabakpolitik auf Patienten in Suchtrehabilitationskliniken. *Sucht*, 51(5), 291-300.

- Donath, C., Piontek, D., Flöter, S., Gradl, S., Metz, K., Kröger, C., & Bühringer, G. (1997). Alkoholabhängige mit Tabakkonsum in stationärer Rehabilitation in Deutschland: Prävalenz, Änderungsmotivation und psychische Belastung. *Sucht*, 53(3), 143-152.
- Duffner, A. (2001). Der Umgang mit dem Rauchen in der stationären Alkoholismusbehandlung. *Suchtmagazin*, 27(3), 39-41.
- Eggli, P., Schlüsselberger, M., & Meyer, T. (2008). Klientenzufriedenheit in der Forel Klinik 2007. Forschungsbericht. Ellikon a.d. Thur: Forel Klinik.
- Fagerström, K., Heatherton, T. F., & Kozlowski, L. T. (1991). Nicotine Addiction and its assessment. *Ear, Nose and Throat Journal*, 69(11), 763-768.
- Gulliver, S. B., Kamholz, B. W., & Helstrom, A. W. (2008). Smoking cessation and alcohol abstinence: What do the data tell us? Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh293/208-212.htm>.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. (1991). The Fagerstrom Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Hughes, J. R., & Kalman, D. (2006). Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug and Alcohol Dependence*, 82(2), 91-102.
- Kalman, D. (1998). Smoking Cessation Treatment for Substance Misusers in Early Recovery: A Review of the Literature and Recommendations for Practice. *Substance Use & Misuse*, 33(10), 2021 - 2047.
- Karam-Hage, M., Pomerleau, C. S., Pomerleau, O., F., & Brower, K. J. (2005). Unaided smoking cessation among smokers in treatment for alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 30, 1247-1253.
- Keller, R., Radtke, T., Krebs, H., & Hornung, R. (2008). Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2007. Zürich: Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Körkel, J., & Kröger, C. B. (2007). Tabak – Tabakpolitik – tabakbezogene Behandlung. *Suchttherapie*, 8, 127-128.
- Kröger, C. B., & Lohmann, B. (2007). Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Kühnel, B., Metz, K. & Kipke, I. (2007). Veränderung der Tabakpolitik in Suchtrehabilitationskliniken nach einer randomisierten Multi-Level-Intervention. *Suchttherapie*, 8, 152-159.
- Metz, K., Kröger, C., & Bühringer, G. (2005). Tabakentwöhnung bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit im Setting der Suchtrehabilitation – Ein Überblick. *Gesundheitswesen*, 67, 461-467.
- Meyer, T., Fehr, M., Köhler, C., Lang, F., Peter, B., & Wolfensberger-Baumgartner, T. (2000). Therapiekonzept der Forel Klinik. *Bulletin*.
- Olbrich, R., Träger, S., Nikitopoulos, J., Mann, K., & Diehl, A. (2008). Rauchreduktion bei Alkoholkranken im Rahmen einer stationären Alkohol-Entzugsbehandlung. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 76(05), 272-277.
- Schmitz, M. (2007). Forel Klinik endlich auch eine rauchfreie Klinik. 118. Jahresbericht der Forel Klinik 2006, 14-16
- Sieber, M., Duffner, A., & Meyer, T. (2002). Tabakentwöhnung bei Alkoholabhängigen: Evaluation des Nichtrauchertrainings der Forel Klinik. *Bulletin 2 / Teil II*.
- Wolf, J. (2003). Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht – Neurowissenschaftliche Theorien zur Sucht und deren ethischen Implikationen am Beispiel der Alkohol- und Heroinsucht. Dissertation. Eberhard Karls Universität, Tübingen.

**Korrespondenzadresse**

Peter Eggli, Dr. phil., Forel Klinik, CH-8548 Ellikon a.d. Thur. E-Mail: [peter.eggli@forel-klinik.ch](mailto:peter.eggli@forel-klinik.ch)