



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Dualer Studiengang Pflegewissenschaft/ Pflegemanagement

## „NIKOTINKONSUM VON PFLEGENDEN

- Eine Narrationsanalyse von Pflegeauszubildenden  
in Mecklenburg - Vorpommern“

### **Bachelorthesis**

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Science in Nursing and Administration

Vorgelegt von: Anne Pfitzner

Betreuung: Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops  
Dipl.-Pflegermeister Friedrich Eydam

Abgabetermin: 23.11.2019

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2019-0144-6

## ABSTRACT

**Hintergrund:** Die Raucherprävalenz bei Pflegenden ist überdurchschnittlich hoch, bei Pflegeauszubildenden noch höher. **Thema:** Deshalb wird der Nikotin-/Tabakkonsum von Pflegenden betrachtet. **Ziel:** Dies erfolgt unter den Aspekten aus welchen Gründen Pflegende rauchen und wie dies mit den Aufgaben der Pflege sowie der professionellen Beziehungsgestaltung zu Pflegebedürftigen korreliert. **Methode:** Die Datenbasis bildet eine Narrationsanalyse von drei Pflegeauszubildenden. **Ergebnisse:** Die o. g. Aspekte stehen in Korrelation, wobei diese sowohl negative als auch positive Beeinflussungen aufzeigen.

## ABSTRACT

**Background:** The prevalence of smoking nurses is above average. Nursing students are showing the highest. **Theme:** Therefore, the nicotine/tobacco consumption of nurses is considered. **Aims:** This is based on the aspects why nurses are smoking and how this correlates with the tasks of nursing as well as the professional relationship to those in need of care. **Method:** The database is an analysis of a narration of nursing students. **Results:** The above-named aspects are correlated and shows negative and positive influences.

## INHALTSVERZEICHNIS

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....                                                      | 4  |
| ANHANGSVERZEICHNIS .....                                                        | 4  |
| 1. STUDIENLADE DES NIKOTIN-/TABAKVERHALTENS VON PFLEGENDEN .....                | 5  |
| 1.1 EPIDEMIOLOGIE DES NIKOTIN-/TABAKKONSUMS .....                               | 6  |
| 1.2 ZIEL, ABGRENZUNG UND METHODIK DER ARBEIT .....                              | 8  |
| 1.3 KONSUMARTEN NIKOTIN-/TABAKHALTIGER SUBSTANZEN .....                         | 10 |
| 1.4 STADIEN DES SÜCHTIGEN VERHALTENS .....                                      | 11 |
| 1.5 BEEINFLUSSUNG DER GESUNDHEIT DURCH DEN NIKOTIN-/<br>TABAKKONSUM .....       | 12 |
| 2. RAUCHENDE PFLEGENDE .....                                                    | 15 |
| 2.1 WECHSELSEITIGE BEZIEHUNG ZWISCHEN NIKOTIN-/TABAKKONSUM .....                | 17 |
| 2.1.1 UND DER AUSFÜHRUNG DER PFLEGEAUFGABEN .....                               | 17 |
| 2.1.2 UND DER PROFESSIONELLE BEZIEHUNGSGESTALTUNG ZU<br>PFLEGEBEDÜRFTIGEN ..... | 20 |
| 2.2 ERKLÄRUNGSVERSUCH: WARUM RAUCHEN PFLEGENDE? .....                           | 25 |
| 3. PRÄVENTION DES NIKOTIN-/TABAKKONSUMS IM KONTEX<br>DER PFLEGE.....            | 29 |
| 3.1 PRIMÄRPRÄVENTION .....                                                      | 30 |
| 3.2 SEKUNDÄRPRÄVENTION .....                                                    | 32 |
| 3.3 TERTIÄRPRÄVENTION .....                                                     | 33 |
| 4. FAZIT DES NIKOTIN-/TABAKKONSUMS VON PFLEGENDEN .....                         | 34 |
| LITERATURVERZEICHNIS .....                                                      | 38 |
| ANHANG .....                                                                    | 42 |
| EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG .....                                                 |    |

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: Vierseitiges Eisbergmodell des Nikotin-/Tabakkonsums von<br>Pflegerinnen (eigene Darstellung) ..... | 35 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## ANHANGSVERZEICHNIS

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| ANHANG 1 – INTERVIEWLEITFADEN .....               | 42 |
| ANHANG 2 – TRANSKRIPTION .....                    | 43 |
| ANHANG 3 – QUALITATIVE INHALTSANALYSE .....       | 63 |
| ANHANG 4 – SYSTEMATISCHE LITERATURRECHERCHE ..... | 91 |

## 1. STUDIENLADE DES NIKOTIN-/TABAKVERHALTENS VON PFLEGENDEN

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit einerseits als „*Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens*“ und andererseits als „*menschliches Grundrecht*“ (World Health Organization, 1946, S. 1). Dabei hat jede Pflegekraft eine Schlüsselrolle in der Förderung und Erhaltung von Gesundheit und zur Prävention von Erkrankungen sowie die Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern (International Council of Nurses, 2014, S. 1).

Schon 1999 betonte Gro Harlem Brundtland, die damalige Generalsekretärin der Weltgesundheitsorganisation, mit den Worten „*Nurses can make a difference*“ (Brundtland, 1999; aus: Rustler & Sautter, 2018, S. 67) die wichtigen Aufgaben der Pflegeberufe. Sie nehmen im Gesundheitswesen, besonders in der Förderung gesunder Lebensweisen eine wichtige Rolle ein und genießen dabei laut Brundtland ein „*hohes Maß an Vertrauen in der Öffentlichkeit*“ (Brundtland, 1999; aus: Rustler & Sautter, 2018, S. 67). Damit nehmen Pflegende die Rolle von wichtigen Multiplikatoren und Akteure zur Reduzierung des Nikotinkonsums in der Bevölkerung ein (astra plus, 2016, S. 1). Doch Pflegende stellen häufig selbst eine Zielgruppe dar, denn in der Pflege existiert ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Rauchern (Huhn, 2018, S. 31). Dies bestätigt ebenfalls die nachfolgende Studienlage.

Schulz, Töpfer und Behrens untersuchten 2004 das „*Rauchverhalten von Mitarbeitern und Patienten der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses*“. Mithilfe des Fagerström-Tests für Nikotinabhängigkeit und einer modifizierten Form des Fragebogens „*Rauchfrei im Krankenhaus*“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden 282 Patienten und 484 Mitarbeitende befragt. Die Rücklaufquote lag bei 66,2 % (Patienten: 63,6 %; Mitarbeitende: 68,4 %). Die Ergebnisse zeigten, dass Frauen seltener und weniger nikotinhaltige Substanzen konsumieren und weniger stark nikotinabhängig sind als Männer. Insgesamt ging die Raucherprävalenz mit steigender Altersgruppe zurück. Zwischen Ärzt\*innen und Pflegenden konnten „*keine signifikanten Unterschiede des Rauchverhaltens festgestellt werden*“, jedoch wiesen Mitarbeitende, die „*im Schichtdienst arbeiten, einen höheren täglichen Zigarettenkonsum und auch sonst ein stärkeres Abhängigkeitsverhalten*“ auf (Schulz, et al., 2004, S. 107-113).

Im Jahr 2014 untersuchten Lehmann, von Lindeman, Klewer und Kugler, ob das Gesundheitsverhalten von Auszubildenden in der Pflege mit deren sozioökonomischen Status assoziiert ist. In der Querschnittsstudie wurden 316 Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildende schriftlich befragt. Als Indikatoren für das Gesundheitsverhalten galten Angaben zu Körpergröße, -gewicht, sportliche Aktivitäten sowie Zigaretten- und Alkoholkonsum. Der familiäre Wohlstand und der Schulabschluss der Auszubildenden bildeten den sozioökonomischen Status. Es konnte festgestellt werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem familiären Wohlstand und dem Zigarettenkonsum der Auszubildenden besteht (Lehmann, et al., 2015, S. 20-26).

In der Studie *„Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum sowie Impfverhalten von Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in Sachsen-Anhalt“* von Hirsch, Voigt, Gerlach, Kugler und Bergmann wurden 2010 ein validiertes Fragebogeninstrument an 23 staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen ausgegeben, von denen sich 22 Schulen an der Studie beteiligten. Von insgesamt 1.379 Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege nahmen 962 teil. Die Rücklaufquote lag bei 69,8 %. Die Ergebnisse zeigten, dass die Raucherprävalenz bei 53,5 % lag, es jedoch keine Hochrisikogruppe für den Konsum nikotinhaltiger Substanzen gibt (Hirsch, et al., 2010, S. 127-132).

Tracogna, Klewer und Kugler erforschten 2003 das „Gesundheitsverhalten und [den] Gesundheitszustand von Pflegepersonal im Krankenhaus“. Dazu wurden mittels einem anonymisierten Fragebogens 50 Pflegenden befragt. Die Auswertung ergab eine Raucherquote von 40 % (Tracogna, et al., 2003, S. 115-119).

## 1.1 EPIDEMIOLOGIE DES NIKOTIN-/TABAKKONSUMS

Die Nikotinabhängigkeit ist die am häufigsten vorkommende stoffgebundene Sucht in Deutschland (Tretter, 2017, S. 11).

Im weltweiten Vergleich konsumieren 46 % der Menschen tabak-/nikotinhaltige Substanzen. Die höchsten Raucherprävalenzen weisen Nordamerika, Australien, Südasien und Europa auf (Schotte, 2012, S. 6). In Europa zeigen Griechenland (37 %), Bulgarien (36 %) und Kroatien (36 %) die höchsten Raucherprävalenzen auf (TNS political & social, 2017, S. 4). Deutschland liegt mit 25 % im Mittelfeld

und Schweden weist mit 7 % die geringste Raucherprävalenz in Europa auf (TNS political & social, 2017, S. 4).

Nach der Altersverteilung konsumieren junge Männer (18 - 25 Jahre) und Männer (25 - 69 Jahre) mehr nikotinhaltige Substanzen als die Frauen beider Altersgruppen. Auffällig ist, dass 18 - 25-jährige eine höhere Prävalenz aufweisen (junge Männer: 37,7 %; junge Frauen: 32,6 %) als die 25 - 69-jährige des gleichen Geschlechts (Männer: 34,9 %; Frauen: 28,4 %). Die niedrigsten Raucherprävalenzen weisen Mädchen (12,6 %) und Jungen (11,5 %) von 12 - 17 Jahren auf (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 36f).

Der Bundesländervergleich in Deutschland zeigt eine besonders hohe Raucherprävalenz im Nordosten Deutschlands, wobei Mecklenburg-Vorpommern, nach Berlin (Erwachsene: 35,1 %; 15 - bis 24-jährige: 24,1 %), mit 34,4 % (Erwachsene) bzw. 23,1 % (15- bis 24-jährige) die zweit-größte Raucherprävalenz Deutschlands einnimmt (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 38-41).

Beim Passivrauchen kommen 34 % der nichtrauchenden Männer und 22 % der nicht rauchenden Frauen in Deutschland mindestens einmal pro Woche mit dem Rauch von nikotinhaltigen Substanzen in Kontakt. Dies trat vor allem im Bereich des Arbeitsplatzes bei zirka fünf Millionen der rund 36 Millionen Erwerbstätigen in Deutschland fast täglich auf (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 58).

Die Gegenüberstellung der Raucheranteile bei erwerbstätigen Personen (Männer: 33,9 %; Frauen: 26,5 %) und erwerbslosen Personen (Männer: 55,8 %; Frauen: 42,7 %) zeigt, dass die Prävalenz bei erwerbslosen Männern und Frauen deutlich höher ist als bei erwerbstätigen Personen. Ein Vergleich verschiedener Berufsgruppen zeigt, dass bei Frauen Werk- bzw. Personenschutzfachkräfte und Detektivinnen mit 50,5 % die Berufe sind, die die größten Raucherprävalenzen aufweisen. Kurz dahinter liegen Berufskraftfahrerinnen mit 49,4 % und Wächterinnen/Aufseherinnen mit 47,0 %. Bei Männern sind Möbelpacker mit 85,3 %, gefolgt von Werk- bzw. Personenschutzkräfte und Detektive mit 55,4 % und Männer in Reinigungs- und Entsorgungsberufen mit 54,4 %, an der Spitze der Berufsgruppen mit den höchsten Raucherprävalenzen (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 46f).

In Gesundheitsberufen zeigen Pflegeauszubildende mit 50% die größte Raucherhäufigkeit. Altenpflegende (42 %), Helfer\*Innen in der Krankenpflege (36 %), Kinderkrankenpflegende (30,2 %) und Gesundheits- und Krankenpfleger\*Innen (30 %) zeigen ebenfalls hohe Raucherprävalenzen auf (Schulze, et al., 2014, S. 892).

Auch in anderen Ländern Europas ist die Häufigkeit von Pflegenden die nikotin-/tabakhaltige Substanzen konsumieren ähnlich hoch. In Frankreich rauchen 30 % der Pflegenden (Fathallah, et al., 2012, S. 803), in Tschechien, Ungarn, Rumänien, der Slowakei und Slowenien insgesamt 65 % der Pflegenden (Petersen, et al., 2019) und in Dänemark rauchen 40 % der Pflegeauszubildenden (Sejr & Osler, 2002). Im Setting der Gesundheitsgrundversorgung in Polen rauchen 44,4 % der angestellten Personen (Baier Manwell, et al., 2002, S. 139) und 29 % des Klinikpersonals wobei Pflegende und Hebammen mit 15 Stück pro Tag die höchste Anzahl der am Tag konsumierten Zigaretten aufweisen (Kazdepka-Zieminska, et al., 2010, S. 983).

## 1.2 ZIEL, ABGRENZUNG UND METHODIK DER ARBEIT

Wie die Studienlage (vgl. 1. STUDIENLADE DES NIKOTIN-/TABAKVERHALTENS VON PFLEGENDE) und auch die Epidemiologie (vgl. 1.1 EPIDEMIOLOGIE DES NIKOTIN-/TABAKKONSUMS) zeigt, ist die Raucherprävalenz bei Pflegenden sehr hoch. Deshalb soll das Thema der Bachelorthesis der *„Nikotinkonsum von Pflegenden – Eine Narrationsanalyse von Pflegeauszubildenden in Mecklenburg-Vorpommern“* sein. Die Thematik schließt sich dem im Praxissemester eingereichten Praxisbericht *„Nikotinverhalten von Pflegenden“* an. Das Ziel der Bachelorthesis soll eine Darstellung sein, weshalb Pflegende rauchen und ob (und wenn ja, wie) sich das Rauchen von Pflegenden und die Aufgaben der Pflege bzw. die professionelle Beziehungsgestaltung zum Pflegebedürftigen gegenseitig beeinflussen sowie eine Vorstellung nikotin-/tabakpräventiver Maßnahmen.

Die sich daraus ergebenden Fragen:

- Warum rauchen Pflegende?
- In welcher wechselseitigen Beziehung steht das Rauchen von Pflegenden und die Ausführung der Pflegeaufgaben?
- In welcher Korrelation steht das Rauchen von Pflegenden und die professionelle Beziehungsgestaltung zu Pflegebedürftigen? und
- Welche spezifischen nikotin-/tabakpräventiven Maßnahmen gibt es in Deutschland?

sollen im Rahmen der Bachelor-Arbeit beantwortet werden.

Da die Studienlage bzgl. der Gründe für das Rauchen der Pflegenden nur rudimentär vorhanden ist und auch die Studienlage zu den Auswirkungen des Nikotinverhaltens der Pflegenden nahezu nicht existent ist, werden zur Beantwortung der oben genannten Fragestellungen Pflegeauszubildende in Mecklenburg-Vorpommern mithilfe eines zuvor erstellten Leitfadens (Anhang 1) interviewt. Somit stellt diese Befragungsform eine Mischform des problemzentrierten und des narrativen Interviews dar (Mayring, 2002, S. 67-76).

Zur Befragung wurde die Gruppe der Pflegeauszubildenden ausgewählt, da die Raucherprävalenz bei ihnen, im Vergleich zu Pflegenden, überdurchschnittlich hoch ist (vgl. 1.1 EPIDEMIOLOGIE DES NIKOTIN-/TABAKKONSUMS) und die Studierende ein besonderes Interesse an der Pflegeausbildung zeigt.

Die Interviews wurden mit den Auszubildenden: Anja Schmidt (Raucherin), Linda Müller (Nicht-Konsumentin) und Markus Janssen (ehemaliger Raucher)<sup>1</sup> geführt. Frau Schmidt (Befragte 1 = B1) absolviert die Altenpflegeausbildung in Rostock. Frau Müller (Befragte 2 = B2) führt ihre Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Greifswald durch. Herr Janssen (Befragter 3 = B3) ist ein Altenpflegeauszubildender in Stralsund im dritten Ausbildungsjahr. Unter den Befragten befinden sich eine Raucherin, eine Niemals-Raucherin und ein ehemaliger Raucher. Diese Ergebnisse waren zufällig, könnten aber ggf. auftretende Differenzen aufdecken.

Die wörtliche Transkription durch Übertragung in normales Schriftdeutsch (Anhang 2) erfolgt nach Mayring (2002, S. 89ff) und anhand der Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2016, S. 167f). Die qualitative Inhaltsanalyse (Anhang 3) wird ebenfalls nach Mayring (2002, S. 114-121) durchgeführt.

Außerdem erfolgte eine systematische Literaturrecherche, die in den Datenbanken der Hochschule Neubrandenburg, des Gemeinsamen Verbundkatalogs, von Livivo, des CNE- Certified Nursing Education und der bibnet.org - Literaturdatenbank des Gesundheitswesens durchgeführt wurde. Die Schlagwörter, die zur Recherche verwendet wurden, sowie die Ein- bzw. Ausschlusskriterien sind mit dazugehörigen Trefferzahlen dem Anhang 4 zu entnehmen.

---

<sup>1</sup> Die Vor- und Nachnamen wurden zur Anonymisierung verändert und stehen in keinem Zusammenhang zu den realen Namen der Befragten. Außerdem wurden Informationen, die einen Rückschluss auf die Identität der Befragten zulassen könnten, in der Transkription geschwärzt.

### 1.3 KONSUMARTEN NIKOTIN-/TABAKHALTIGER SUBSTANZEN

Nikotin ist eine natürlich in der Tabakpflanze vorkommende Substanz, die abhängig macht. Die Tabakpflanze kam zunächst aus Nord- und Südamerika, wo sie bereits vor 10.000 Jahren zu religiösen Zwecken inhaliert wurde. Des Weiteren wurde die Pflanze als Opfergabe für Götter, zur Bekräftigung von Verträgen und Freundschaften mittels „*Friedenspfeife*“ sowie als medizinisches Mittel genutzt, das heißt, die Blätter der Tabakpflanze wurden sowohl in gerollter Form (die den heutigen Zigaretten oder Zigarren entsprechen), als Auflagen, gekaut, geschnupft oder als Sud zum Trinken konsumiert (Haustein & Groneberg, 2008, S. 1f).

Auch nachdem Christoph Columbus die Tabakpflanze 1492 nach Europa brachte, wurde sie nach dem Anbau als Zierpflanze in den verschiedensten Formen konsumiert (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 2).

In der heutigen Zeit gibt es die nikotinhaltigen Substanzen sowohl in der Form von Tabak als auch in tabakloser Form. In der Form des Tabaks sind dies zum Beispiel Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifentabak, Wasserpfeifentabak, Feinschnitt (zum selbstständigen drehen oder stopfen von Zigaretten) und rauchlose Tabakprodukte (Kau- und Schnupftabak). In der tabaklosen Form sind die nikotinhaltigen Substanzen beispielsweise Nikotinersatzprodukte (-kaugummi, -pflaster) und Elektrische Inhalationsprodukte (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 6f, 12f, 16f).

Bei den Nikotinersatzprodukten wird je nach Art des Präparats das Nikotin über die Haut oder Schleimhaut aufgenommen und wird bevorzugt bei der Entwöhnung von Nikotin-/Tabakprodukten oder zur „*Harm-Reduction*“ (Schadensminimierung), um den Konsum dieser Substanzen zu minimieren, verwendet. Nikotinersatzprodukte sind zugelassene, klinisch geprüfte Medikamente (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 12f)

Bei elektronischen Inhalationsprodukten wird eine Flüssigkeit, das sogenannte „*Liquid*“ aus Propylenglykol und/ oder Glycerin, Aromen und optional Nikotin, verdampft (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 16).

In der Literatur wird fast ausschließlich von Tabakprodukten gesprochen, die zwar auch die tabaklosen, aber trotzdem nikotinhaltigen Substanzen impliziert. Um keine Missverständnisse hervorzurufen werden im Rahmen der Bachelorthesis beide Varianten aufgeführt.

## 1.4 STADIEN DES SÜCHTIGEN VERHALTENS

Der Nikotinkonsum zählt zu den stoffgebundenen Süchten, doch nicht jeder Konsum stellt gleich eine Abhängigkeit dar. Dies wird im Folgenden anhand der Stadien des süchtigen Verhaltens dargestellt.

Im Stadium der Abstinenz liegt keinerlei Konsum von nikotinhaltenen Substanzen vor. Im zweiten Stadium kommt es in unregelmäßigen Abständen zum gelegentlichen Konsum. Im dritten Stadium werden nikotinhaltige Substanzen in regelmäßigen Abständen konsumiert, wobei es zum gewohnheitsmäßigen Konsum kommt. Der Missbrauch von nikotinhaltenen Substanzen wird im vierten Stadium beispielsweise durch den Konsum als Bewältigungsstrategie dargestellt. Das fünfte Stadium des schädlichen Gebrauchs geht mit körperlichen Folgeschäden und psychischen und/ oder sozialen Beeinträchtigungen einher. Dieses Stadium ist die Vorstufe der Abhängigkeit, die ein Synonym des Begriffs „Sucht“ darstellt (Tretter, 2017, S. 4f).

Der schädliche Gebrauch und der Missbrauch von nikotinhaltenen Substanzen wird nach ICD-10 als F17.1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch“ zusammengefasst und beschreibt ein Konsum, der zu Gesundheitsschädigungen führt. Diese äußern sich durch psychische oder physische Schädigungen und ziehen häufig negative soziale Folgen nach sich (Batra et al., kein Datum, S. 9).

Die Diagnose des Abhängigkeitssyndroms (F17.2) stellt die sechste Stufe des süchtigen Verhaltens dar und wird nach ICD-10 anhand von Kriterien gestellt. Wenn mindestens drei von diesen irgendwann innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig vorhanden waren besteht ein Abhängigkeitssyndrom (Batra et al., kein Datum, S. 9f).

Diese Kriterien sind:

1. Es besteht „ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren“
2. Die Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Beginn, der Beendigung und der Menge des Konsums ist vermindert.
3. Bei Beendigung oder Reduktion des Konsums tritt ein körperliches Entzugssyndrom nach F17.3 oder F17.4 auf. Dies wird durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch den Konsum der gleichen oder

ähnlichen Substanz zur Symptommilderung bzw. -vermeidung nachgewiesen.

4. Es besteht eine Toleranz gegenüber der konsumierten Substanz. Um die gleiche Wirkung zu erreichen, die ursprünglich durch eine niedrigere Dosis hervorgerufen wurde, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Trotz des Nachweises eindeutiger Schäden wird die Substanz weiterhin konsumiert. Hierbei muss bewiesen werden, dass der Konsument tatsächlich über die Schädigungen, insbesondere der Art und des Ausmaßes, wusste oder dass zumindest davon auszugehen ist (Batra et al., kein Datum, S. 9f).

Das Entzugssyndrom stellt zwar ein Kriterium des Abhängigkeitssyndroms dar, kann jedoch auch als eigenständige Diagnose nach F17.3 „*Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom*“ oder F17.4 „[...] *Entzugssyndrom mit Delir*“ gestellt werden. Charakteristische Symptome des Tabakentzugssyndrom sind: Konzentrationsschwierigkeiten, gesteigerter Appetit, Ruhelosigkeit, Schlaflosigkeit, depressive Stimmung, Irritierbarkeit, Angst, Frustration oder Ärger (Batra et al., kein Datum, S. 10).

## 1.5 BEEINFLUSSUNG DER GESUNDHEIT DURCH DEN NIKOTIN-/TABAKKONSUM

Das konsumieren nikotin- und tabakhaltiger Substanzen gilt als größtes vermeidbares Gesundheitsrisiko (astra plus, 2016, S. 1), denn wenn Menschen rauchen schaden sie nicht nur sich selbst, sondern auch den Menschen in ihrer Umwelt. Die Einteilung der Schädigungen wird im Folgenden dargestellt.

Der „*First-Hand-Smoke*“, der auch als Primära Rauch bezeichnet wird, stellt das Einatmen des Hauptstromrauchs einer nikotinhaltigen Substanz beim aktiven Rauchen dar (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 56).

Beim aktiven Rauchen kommt es zu einer Schädigung beinahe jedes Organs des Körpers. Es fördert die Entstehung, das Wachstum und die Verbreitung von Tumoren, führt zu Erkrankungen des Auges (z. B. Katarakte), des Gehirns (z. B. Schlaganfall), der Zähne und des Zahnhalteapparats (z. B. Parodontose, Versagen von Zahnimplantaten), des Magen-Darm-Traktes (z. B. chronisch entzündliche

Darmerkrankungen), des Stoffwechsels (z. B. Diabetes Mellitus Typ 2), des Bewegungssystems (z. B. rheumatische Arthritis), der Fortpflanzungsorgane (z. B. erektile Dysfunktion, verminderte Fruchtbarkeit bei Frauen), aber vor allem führt das Rauchen zu Erkrankungen der Atemwege (z. B. chronisch obstruktive Lungenerkrankungen). Zirka 80 % aller Lungenkrebsfälle sind auf das Rauchen zurück zu führen und Konsumenten nikotinhaltiger Substanzen haben ein erhöhtes Risiko an akuten Atemwegserkrankungen und deren Chronifizierung zu erkranken (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 26f, 31)

Durch das Inhalieren des Hauptstromrauchs, dem Kauen oder Schnupfen einer nikotinhaltigen Substanz wird das Nikotin über die Schleimhäute des Mundes, der Atemwege und des Magen-Darm-Traktes aufgenommen. Von dort gelangt das Nikotin über das Gefäßsystem in den gesamten Körper und aktiviert nikotinerge Acetylcholin-Rezeptoren, die sich unter anderem auf den Zellen des Nervensystems befinden. Im Gehirn wird Dopamin ausgeschüttet. Diese Freisetzung führt zu einem Wohlfühlgefühl, einer Änderung neuronaler Verschaltungen und eine Konditionierung der Stimmungsregulierung. Somit erhöht Nikotin kurzfristig die Aufmerksamkeit und steigert kurzfristig die Gedächtnisleistung. Dennoch macht Nikotin abhängig, was mit Ausprägung einer Toleranz, einer Entzugssymptomatik bei geringem oder kein Konsum einhergeht und es fördert die Konditionierung auf äußere Reize und Emotionen. Je nach Größe der Dosis führt das aktive Rauchen zu einer akuten Toxizität. Dies kann sich durch Übelkeit, Erbrechen, einem erhöhten Speichelfluss, einer verlangsamten Herzfrequenz, Atemnot oder epileptischen Anfällen äußern (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 30ff).

In der Schwangerschaft kann das aktive konsumieren von nikotinhaltigen Substanzen außerdem zu Schädigungen des ungeborenen Kindes führen, wie unter anderem zu Geburtskomplikationen (z. B. Plazentaablösung, Fehl- oder Frühgeburten), Fehlbildungen (z. B. Mund-Kiefer-Gaumen- Spalte), Entwicklungsstörungen (z. B. geringe Körpergröße, -gewicht, verminderte Lungenfunktion), Verhaltens- und Konzentrationsstörungen (z. B. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom) oder einem plötzlichen Kindstod. Doch auch das umgangssprachliche „Passivrauchen“ kann in der Schwangerschaft und bei der Kindesentwicklung zu den bereits genannten Komplikationen führen. Dies liegt daran, dass Kinder und Säuglinge eine höhere Atemfrequenz und ein weniger effizientes Entgiftungssystem als Erwachsene haben (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 28ff, 56ff).

In Deutschland starben 84.782 Männer im Jahr 2013 durch die Folgen des Rauchens. Von den insgesamt 429.645 Todesfällen bei Männern macht dies 19,7 % aus. Im Jahr 2013 starben 36.305 Frauen deutschlandweit in Folge des Rauchens. Von den insgesamt 464.180 verstorbenen Frauen macht dies 7,8 % aus und ist somit um mehr als die Hälfte geringer als bei Männern, die durch die Folgen des Rauchens starben. Die durch das Rauchen bedingten Todesfälle entstanden zum Großteil durch Tumorerkrankungen (Männer: 51,9 %; Frauen: 40,5 %), durch Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen (Männer: 29,1 %; Frauen: 31,8 %) und durch Atemwegserkrankungen (Männer: 18,9 %; Frauen: 27,6 %) (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 48f).

Das passive Rauchen wird „*Second-Hand-Smoke*“ oder Sekundärrauch genannt und bezeichnet das unfreiwillige Einatmen des ausgeatmeten Hauptstromrauchs und des Nebenstromrauchs, der durch das Glühen des Tabaks oder bei elektrischen Inhalationsprodukten das Verdampfen des Liquids zwischen den Zügen einer nikotinhaltigen Substanz entsteht. Es kann zu einer Schädigung von Menschen in der Umwelt eines aktiven Konsumenten führen. Die Zusammensetzung des Nebenstromrauchs unterscheidet sich nicht von der des Hauptstromrauchs. Jedoch ist die Konzentration von vielen giftigen und krebserregenden Substanzen höher als im Hauptstromrauch. Diese können zu Reizungen der Augen und Atemwege, Schwindelanfällen, Erhöhung der Infektanfälligkeit, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. Erhöhung des Schlaganfallrisikos um 20-30 %) und Tumorerkrankungen führen (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 56f).

Der sogenannte „*Third-Hand-Smoke*“, der auch Tertiärrauch oder umgangssprachlich „*kalter Rauch*“ genannt wird, erzeugt „*in Tierversuchen oxidativen Stress, hormonelle Störungen sowie eine erhöhte Insulinresistenz*“ (Neuberger, 2018, S. 258f). Der Tertiärrauch bezeichnet die Ablagerung von Schadstoffen, vor allem von Mutagenen und Kanzerogenen, in der Kleidung und Haaren der aktiven Raucher. Diese Schadstoffe entstehen beim Konsumieren von nikotinhaltigen Substanzen, sie sind langlebig und durch wiederholtes auslüften oder ähnliches nicht zu beseitigen. Sie werden dann über Hautkontakt oder über die Atemluft aufgenommen (Neuberger, 2018, S. 258f). Dies stellt vor allem für Pflegebedürftige, die von rauchenden Pflegenden betreut werden, ein Risiko für Komplikationen oder eine andauernde Genesung dar.

## 2. RAUCHENDE PFLEGENDE

Wie die Interviews zeigen, kommen Pflegeauszubildende bereits im Jugendalter mit nikotin-/tabakhaltigen Substanzen in Kontakt und weisen alle Stadien des süchtigen Verhaltens auf (vgl. 1.4 STADIEN DES SÜCHTIGEN VERHALTENS). Der erste Kontakt mit nikotin-/tabakhaltigen Substanzen erfolgte mit gleichaltrigen Familienmitgliedern, Freunden oder Klassenkameraden entweder aus Neugierde, Gruppenzwang oder aus Rebellion gegen die Regeln der Eltern (Schmidt, 2019, Zeile 21ff; Müller, 2019, Zeile 32ff; Janssen, 2019, Zeile 29f). Dies kann aber auch auf die leichte Zugänglichkeit für Jugendliche durch zum Beispiel Zigarettenautomaten<sup>2</sup> zurückzuführen sein (Schmidt, 2019, Zeile 24ff). Frau Müller beschreibt den Konsum von nikotin-/tabakhaltigen Substanzen im Jugendalter als eine Art Trendverhalten (Müller, 2019, Zeile 36ff), was mit dem sogenannten „Gruppenzwang“ gleichgesetzt werden könnte.

Der gelegentliche Konsum von Zigaretten wurde mit dem zusätzlichen Konsum von Alkohol (z. B. bei Festlichkeiten) verstärkt und erleichtert den Übergang in den regelmäßigen Konsum von nikotin-/tabakhaltigen Substanzen (Janssen, 2019, Zeile 35ff). Dabei wirkt das soziale Umfeld als Risiko- oder Schutzfaktor (vgl. 2.2 ERKLÄRUNGSVERSUCH: WARUM RAUCHEN PFLEGENDE?) des Konsumenten. Das bedeutet, dass durch fehlenden Rückhalt (z. B. bei Hinnahme des Konsums (Janssen, 2019, Zeile 40)) das soziale Umfeld nicht nur als Risikofaktor für den Konsumenten gilt, sondern bei den Angehörigen des Konsumenten auch eine Co-Abhängigkeit auftreten kann. Außerdem kann das soziale Umfeld als Schutzfaktor dienen, wenn das Rauchen in diesem zum Beispiel eher unüblich ist (Müller, 2019, Zeile 31f) und dadurch der erste Kontakt mit nikotin-/tabakhaltigen Substanzen verzögert werden könnte.

Frau Schmidt erwähnt, dass ihr Rauchverhalten durch bestimmte Situationen, wie beispielsweise Krankheit oder Stress, beeinflusst wird (Schmidt, 2019, Zeile 44f). Der vermehrte Konsum bei Stress weist auf den Missbrauch (vgl. 1.4 STADIEN DES

---

<sup>2</sup> Für den Kauf von Zigaretten am Automaten wird neben dem Geld ein Personalausweis eines volljährigen benötigt. Dabei wird jedoch nicht, wie bei einem Kauf über die Ladentheke (z. B. in Tankstellen), der Personalausweis mit dem Käufer abgeglichen. Zu der Zeit, als die Befragten jugendlich waren, musste der Personalausweis noch nicht eingesehen werden, das bedeutet, dass nur das Einzahlen des Geldes zum Zigarettenkauf notwendig war.

SÜCHTIGEN VERHALTENS) von nikotin-/tabakhaltigen Substanzen hin, da das Rauchen wahrscheinlich zur Stressbewältigung eingesetzt wird.

Sowohl Frau Schmidt als auch Herr Janssen unternahmen bereits Rauchstopp-Versuche. Bei Herr Janssen kam der Entschluss erst vor Kurzem, weshalb noch keine Aussage zum Erfolg dessen getroffen werden kann (Janssen, 2019, Zeile 45ff, 60ff). Die Entscheidung wurde aufgrund von körperlichen Folgen des Rauchens getroffen (Janssen, 2019, Zeile 49ff). Frau Schmidt versuchte durch Akupressur mit dem Rauchen aufzuhören, doch aufgrund von Schlafproblemen, die durch die Akupressur-Punkte am Ohr ausgelöst wurden, brach sie den Rauchstopp-Versuch ab. Sie konsumierte erst insgeheim wieder nikotin-/tabakhaltige Substanzen, weil die Scham über den Rückfall und den erneuten Konsum nikotin-/tabakhaltiger Substanzen zu groß war, dann auch öffentlich (Schmidt, 2019, Zeile 29ff). Mittlerweile konsumiert Frau Schmidt mehrere Jahre nikotin-/tabakhaltige Substanzen und findet derzeit keinen Anreiz für einen erneuten Rauchstopp-Versuch (Schmidt, 2019, Zeile 62f).

In den Praxiseinrichtungen der Auszubildenden in Stralsund, Greifswald und Rostock wird das Konsumverhalten der Pflegenden unterschiedlich wahrgenommen. Frau Schmidt und Herr Janssen sprechen im Allgemeinen von einem sehr ausgeprägtem Nikotin-/Tabakkonsum (Schmidt, 2019, Zeile 4f; Janssen, 2019, Zeile 7). Frau Müller und Herr Janssen beschreiben außerdem Unterschiede, die auf die Station bzw. das Haus der Einrichtungen und die Vorgesetzten zurückzuführen sind. Wenn Vorgesetzte selbst nikotin-/tabakhaltige Substanzen konsumieren oder keine Bedenken gegenüber dem Rauchen äußern, empfinden die Befragten den Nikotin-/Tabakkonsum höher (Müller, 2019, Zeile 10f, 16f; Janssen, 2019, Zeile 18ff). Die rauchenden Pflegenden scheinen ihre Bedürfnisse nach dem Rauchen auszurichten und stellen dies sogar vor die Nahrungsaufnahme (Schmidt, 2019, Zeile 8f).

Außerdem erwähnt Frau Schmidt den kommunikationsfördernden Charakter des Rauchens (Schmidt, 2019, Zeile 10f) und Herr Janssen spekuliert, dass durch das Konsumieren nikotin-/tabakhaltiger Substanzen während der Arbeitszeit die zu leistende Arbeit beeinflusst werden könnte (Janssen, 2019, Zeile 21f).

Wie sich das Konsumieren nikotin-/tabakhaltiger Substanzen und die Aufgaben der Pflege bzw. die Gestaltung einer professionellen Beziehung zum Pflegebedürftigen gegenseitig beeinflussen, wird im Folgenden differenzierter dargestellt.

## 2.1 WECHSELSEITIGE BEZIEHUNG ZWISCHEN NIKOTIN-/TABAK-KONSUM

### 2.1.1 UND DER AUSFÜHRUNG DER PFLEGEAUFGABEN

Die grundlegenden Aufgaben der Pflegenden laut dem International Council of Nurses sind: die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten, die Wiederherstellung der Gesundheit und die Linderung von Leiden (International Council of Nurses, 2014, S. 1).

Zur Förderung der Gesundheit unterstützen Pflegende die Ressourcen des Pflegebedürftigen in Hinsicht auf gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und Verhaltensweisen (Hurrelmann et al., 2018, S. 24). Bezüglich des Nikotin-/Tabakkonsums stellt vor allem die Beratung hinsichtlich eines Rauchstopps bzw. der Folgen und Risiken des Rauchens eine Voraussetzung für die Ressourcenstärkung dar.

Um Krankheiten zu verhüten ergreifen Pflegende präventive Maßnahmen (vgl. 3. PRÄVENTION DES NIKOTIN-/TABAKKONSUMS IM KONTEXT DER PFLEGE). Diese müssen individuell auf den Betroffenen ausgewählt, angepasst und durchgeführt werden.

Die Wiederherstellung der Gesundheit erfolgt auf Grundlage der individuell auf den Pflegebedürftigen und dessen Erkrankung angepassten Pflegestandards, der Prophylaxen verschiedener Pflegephänomene und der ärztlichen Anordnungen. Dies erfolgt unter Beibehaltung oder Wiederherstellung der Autonomie und Beibehaltung bzw. Stärkung der Ressourcen des Pflegebedürftigen.

Die Linderung von Leiden findet vor allem in der palliativen Medizin Anwendung. Dabei hat der Pflegebedürftige eine fortgeschrittene Erkrankung zum Beispiel durch den Konsum nikotin-/tabakhaltiger Substanzen, wobei die Gesundheit nicht wiederhergestellt werden kann. Es werden Krankheitssymptome gelindert, um das Leiden zu mindern. Aber auch in der kurativen Medizin findet eine Leidenslinderung, beispielsweise durch ein angepasstes Schmerzmanagement bei Frakturen, statt.

Die Aufgaben der Pflege erfolgen zum Wohlergehen des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft, wobei Pflegende die Koordination der einzelnen Dienstleistungen des interprofessionellen Teams übernehmen. Die Ausführung der Aufgaben soll unter *„Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit auf Würde und auch*

*respektvolle Behandlung*“ ausgeführt werden (International Council of Nurses, 2014, S. 1).

Das bedeutet, dass die wichtigsten Pflegeaufgaben in Bezug auf die Pflegebedürftigen formuliert wurden. Doch Pflegende haben auch bezüglich der Berufsausübung und ihrer Profession Aufgaben zu erfüllen. Diese Aufgaben sind: Wahrung der fachlichen Kompetenz, Achtung der eigenen Gesundheit, Vermittlung eines positiven Berufsbildes, Umsetzung von Pflegestandards, Beteiligung an der Pflegeforschung und die professionelle Zusammenarbeit im interprofessionellen Team (International Council of Nurses, 2014, S. 2ff).

Die Befragten der Interviews äußerten zwar einen Konflikt zwischen dem Arbeiten im Gesundheitsfachberuf Pflege und dem Konsumieren nikotin-/tabakhaltiger Substanzen (Schmidt, 2019, Zeile 57ff; Janssen, 2019, Zeile 73ff), da davon auszugehen ist, dass Pflegende über die Folgen des Rauchens wissen (Janssen, 2019, Zeile 73ff), aber Frau Müller betont, dass von Pflegenden nicht erwartet werden dürfe, dass sie perfekte Vorbilder wären (Müller, 2019, Zeile 49ff). Sie äußerte, dass das Berufliche von dem Privaten der Pflegenden getrennt werden sollte (Müller, 2019, Zeile 51f, 111ff) und deshalb auch die Pause von Pflegenden eigenständig geplant und genutzt werden sollten (Müller, 2019, Zeile 53f).

Dass das Rauchen von Pflegenden Auswirkungen auf die Aufgaben der Pflege hat, wird von den Befragten bezweifelt (Schmidt, 2019, Zeile 97f; Müller, 2019, Zeile 48; Janssen, 2019, Zeile 101f). Jedoch wird während der Narration deutlich, dass die Befragten einige Beeinflussungen festgestellt haben.

Frau Schmidt beschreibt zum einen die Auswirkung auf die Ausführung der Pflegeaufgaben durch eine, auf den Nikotin-/Tabakkonsum zurückzuführende, körperliche Beeinträchtigung (Schmidt, 2019, Zeile 98ff). Zum anderen beschreibt sie, dass durch das Rauchen der Pflegenden während der Arbeitszeit die Zeit für die Pflege der Bedürftigen nicht genutzt werden kann, um die Aufgaben der Pflege auszuführen (Schmidt, 2019, Zeile 103ff).

In Bezug auf die Aufgaben der Pflege, d. h. zur Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten, wird im Rahmen der Unterstützung von gesundheitsfördernden Ressourcen und der Prävention, die Vorbildfunktion von Pflegenden bei z. B. Beratungen erwähnt (Müller, 2019, Zeile 95ff; Janssen, 2019, Zeile 105ff). Durch das Konsumieren nikotin-/tabakhaltiger Substanzen von Pflegenden könnte somit die Authentizität der Pflegenden beeinflusst

werden (Schmidt, 2019, Zeile 76f; Müller, 2019, Zeile 104ff), sodass rauchende Pflegebedürftige die Schädlichkeit des Rauchens unterschätzen könnten (Müller, 2019, Zeile 122f). Deshalb schlagen Frau Schmidt und Frau Müller vor, dass Pflegende, die rauchen, keine Beratungen bezüglich der Nikotin-/Tabakprävention durchführen (Schmidt, 2019, Zeile 150f; Müller, 2019, Zeile 109ff). Frau Schmidt hat diesbezüglich bereits Erfahrungen sammeln können und empfand es schwierig, eine authentische sowie ergebnis- und erfolgsorientierte Beratung zur Nikotin-/Tabakprävention durchzuführen, da sie selbst Konsumentin war und während ihrer Tätigkeit in einer Suchambulanz mit Mehrfachabhängigen Bedenken gegenüber Suchtverlagerungen hegte (Schmidt, 2019, Zeile 154ff).

Frau Müller betont jedoch, dass auch wenn rauchende Pflegende zum Thema der Nikotin-/Tabakprävention beraten, diese genauso erfolgreich sein könnten, wie die von nichtrauchenden Pflegenden (Müller, 2019, Zeile 112ff). Außerdem erörtert sie, dass erwachsene Pflegebedürftige ihre eigenen Entscheidungen treffen und diese nicht anhand des Rauchverhaltens der beratenden Pflegenden getroffen werden (Müller, 2019, Zeile 114ff).

Weiterhin äußern die Befragten, dass die Aversion von Pflegebedürftigen gegenüber „*kaltem Rauch*“, der von Pflegebedürftigen ausgeht, zur Beeinflussung der Pflegeaufgaben beitragen kann (Schmidt, 2019, Zeile 105ff; Janssen, 2019, Zeile 109ff). Dies äußert sich zum Beispiel darin, dass sich die Pflegebedürftigen nicht mehr melden, obwohl sie Unterstützung benötigen (Müller, 2019, Zeile 196ff) oder diese gereizter oder gestresster sind (Janssen, 2019, Zeile 124ff). Auffällig ist jedoch, dass nur der kalte Rauch benannt wird, was darauf schließen lässt, dass weitere Folgen des Tertiärrauchs (vgl. 1.5 BEEINFLUSSUNG DER GESUNDHEIT DURCH DEN NIKOTIN-/TABAKKONSUM) den Pflegeauszubildenden unbekannt sind und ggf. auch den Pflegenden. Frau Schmidt gibt zu, dass sie nichts über die Folgen des Tertiärrauchs weiß (Schmidt, 2019, Zeile 105ff) und Frau Müller, die zwar nicht über die Folgen des Tertiärrauchs spricht, äußert, dass Pflegebedürftige vor dem Tertiärrauch geschützt werden sollten (Müller, 2019, Zeile 65ff).

Doch auch die Erfüllung der Pflegeaufgaben kann Einfluss auf das Rauchverhalten der Pflegenden haben. Dies wird deutlich, da die Befragten auch von der Funktionalität des Rauchens, zur Entspannung und um Ruhe zu finden (Müller, 2019, Zeile 55f), zur Stress- und Konfliktbewältigung (Janssen, 2019, Zeile 79f), zur Bewältigung des Arbeitsaufwands (Janssen, 2019, Zeile 86) und der Schaffung von

Pausen (Janssen, 2019, Zeile 87ff) sprechen. Dies kann auch auf die Pflegeaufgabe der Leidenslinderung zurückzuführen sein, denn die Konfrontation mit Schmerzen, Leid, Trauer, Sterben und Tod kann bei Pflegenden Konflikte auslösen, genauso wie der Umgang mit Angehörigen und dem sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen.

Die Pflegeaufgaben bezüglich der Berufsausübung und ihrer Profession, insbesondere die Achtung der eigenen Gesundheit (vgl. 1.5 BEEINFLUSSUNG DER GESUNDHEIT DURCH DEN NIKOTIN-/TABAKKONSUM), werden ebenso durch das Konsumieren nikotin-/tabakhaltiger Substanzen von Pflegenden beeinträchtigt.

Zur professionellen Ausführung der oben genannten Pflegeaufgaben in Bezug auf Pflegebedürftige ist die Pflegebeziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen eine wichtige Voraussetzung. Deshalb ist es von großer Bedeutung diese einzugehen und angemessen zu gestalten.

## 2.1.2 UND DER PROFESSIONELLE BEZIEHUNGSGESTALTUNG ZU PFLEGEBEDÜRFTIGEN

Die Pflegebeziehung stellt eine berufliche Beziehung dar, wobei diese in Abgrenzung zur privaten Beziehung nicht durch gegenseitige Sympathie entsteht. Sie entsteht durch die berufliche Funktion einer Person, die mit Aufgaben und Leistungen verbunden ist (Büker, 2019, S. 20). In Bezug auf die Pflegebeziehung sind die Aufgaben der Pflege (vgl. 2.1.1 UND DER AUSFÜHRUNG DER PFLEGEAUFGABEN) die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten, die Wiederherstellung der Gesundheit und die Linderung von Leiden (International Council of Nurses, 2014, S. 1).

Diese Aufgaben/Leistungen werden monetär (im Fall der Pflegebeziehung indirekt durch den Arbeitgeber) entlohnt und mit Erreichung eines zuvor definierten Ziels beendet. In den meisten beruflichen Beziehung existiert ein Machtgefälle, d. h. es gibt einen Experten (Pflegende als Leistungserbringer) und einen Laien (Pflegebedürftige als Leistungsnehmer). Der fachliche Laie ist auf die Expertise des Leistungserbringers angewiesen, um das Ziel zu erreichen (Büker, 2019, S. 20).

Neben der Machtasymmetrie, bei der Pflegebedürftige im gewissen Maß von Pflegenden abhängig sind, existieren in der Pflege weitere Asymmetrien, die Einfluss

auf die Pflegebeziehung haben können. Die Informationsasymmetrie beschreibt einen Unterschied des Informationsstandes zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden. Je nach Situation des Pflegebedürftigen (z. B. in Notfällen, bei schwerer Krankheit, bei hohem Pflegebedarf, bei dementieller Erkrankung, im Sterbeprozess) weist entweder der Pflegebedürftige gegenüber den Pflegenden oder die Pflegenden gegenüber dem Pflegebedürftigen einen höheren Informationsstand auf. Sowie die Angstasymmetrie, die einen Unterschied zwischen dem Angstempfinden zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden beschreibt. Meistens ist das Angstempfinden bei Pflegebedürftigen höher als bei Pflegenden (Behrens & Langer, 2016; aus: Büker, 2019, S. 25f).

Die Pflegebeziehung wird durch gezielte Handlungen beeinflusst und ist Bestandteil jeder Pflegehandlung. Sie wird deshalb als „*Eckpfeiler der pflegerischen Versorgung*“ bezeichnet. Der Ursprung der Pflegebeziehung stellt die Bedürfnisbeziehung dar, bei der Pflegende für die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eintreten und in ihrem Interesse handeln (Büker, 2019, S. 18, 30, 38).

Der Aufbau einer engen professionellen Beziehung erfolgt durch die Aneignung eines umfassenden Wissens über den Pflegebedürftigen und seine Bedürfnisse, außerdem durch das Zeigen von Präsenz und Engagement sowie der Beratung des Pflegebedürftigen und seine Einbeziehung bei versorgungsrelevanten Entscheidungen (Bridges et al., 2013; aus: Büker, 2019, S. 34).

Eine enge Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen bietet eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung und die emotionale Unterstützung des Pflegebedürftigen. Der engen Pflegebeziehung wird eine nahezu therapeutische Bedeutung (Büker, 2019, S. 34f) und ein hoher Stellenwert für die Bewältigung von Ängsten, Sorgen und empfundener Abhängigkeit sowie der Reduzierung der empfundenen Verletzlichkeit zugeschrieben (Blockley & Alterio, 2008; Shattell, 2005; aus: Büker, 2019, S. 30). In der Langzeitpflege kann die Pflegebeziehung auch eine soziale Funktion einnehmen. Durch alltägliche Gespräche ist es möglich, dass Pflegebedürftige aus ihrer ggf. bestehenden sozialen Isolation geholt werden, was die Betroffenen kurzzeitig von gesundheitlichen Beschwerden ablenken kann und somit die Steigerung des Wohlbefindens ermöglicht (Corbett & Williams, 2014; aus: Büker, 2019, S. 33f). Des Weiteren gilt die Pflegebeziehung als subjektiver Qualitätsindikator der pflegerischen Versorgung (Attree, 2001; aus: Büker, 2019, S. 31ff).

Die Gestaltungselemente einer professionellen Pflegebeziehung sind: eine ethisch-reflexive und patientenorientierte Grundhaltung, der Umgang mit Nähe und Distanz sowie die professionelle Kommunikation (Büker, 2019, S. 107ff).

Eine ethisch-reflexive und patientenorientierte Grundhaltung wird beispielsweise durch den Ethikkodex des International Council of Nurses sowie durch die Berufsordnung mit ihren eigenen (z. B. Respekt, Vertrauen, Einvernehmlichkeit) und institutionellen (z. B. das Pflegeleitbild einer Einrichtung) Wertvorstellungen vorgegeben und geprägt. Das Fundament für ein patientenorientiertes pflegerisches Handeln bildet die Reflexionsfähigkeit der Pflegebeziehung und -praxis (Büker, 2019, S. 108ff).

Die Nähe beschreibt das Bedürfnis nach physischer und/oder psychischer Intimität trotz Wahrung der eigenen Autonomie und Grenzen wohingegen die Distanz die Wahrung des Abstands beschreibt. Die Balance von Nähe und Distanz ist dabei individuell von den Beziehungspartnern abhängig (Wied & Warmbrunn, 2012; aus: Büker, 2019, S. 114f) und wird durch die Gegenpole: Sympathie - Antipathie, emotionale Beteiligung - emotionale Belastung, Helfen können - Hilflosigkeit sowie positives Feedback - negatives/kein Feedback beeinflusst (Pohlmann, 2005, 2006; aus: Büker, 2019, S. 35f).

Die Distanz dient den Pflegenden häufig als Schutzfaktor gegenüber den eigenen Gefühlen und vor den Pflegebedürftigen (Büker, 2019, S. 36f), denn Pflegende können mit Krisen- und Grenzsituationen (wie Krankheit, Verfall, Leid, Schmerzen, Tod, Trauer, aber auch Genesung, Fortschritt und Rückhalt) von Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen konfrontiert werden (Büker, 2019, S. 24), was Pflegende überfordern kann (Büker, 2019, S. 127). Es kann dadurch zum Problem der Abgrenzung zwischen privater und professioneller Beziehung, durch Verschränkung mit der Lebenswelt der Pflegebedürftigen, kommen und wiederum eine emotionale Belastung hervorrufen (Büker, 2019, S. 26ff). Eine Grenzüberschreitung kann sich unterschiedlich bemerkbar machen, z. B. durch die Bevorzugung spezieller Pflegebedürftiger, die Entstehung von Freundschaften oder familiärer Beziehungen oder die Anwendung von Zwang und Gewalt. Zur Vermeidung von Grenzverletzungen, d. h. zur Orientierung und als Reflexionshilfe für Pflegende, entwickelten mehrere kanadische Pflegeverbände den gemeinsamen Standard „*Boundaries in the Nurse-Client-Relationship*“ (Büker, 2019, S. 130f).

Auch zur frühzeitigen Erkennung einer Grenzüberschreitung wurden im „*Standard zur Gestaltung einer professionellen Pflegebeziehung*“ des kanadischen Pflegeverbands College of Nurses of Ontario u.a. sogenannte Warnsignale aufgeführt (Büker, 2019, S. 27ff).

Das dritte Gestaltungselement stellt einen wichtigen Bestandteil jeder Pflegebeziehung dar: die professionelle Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Deren Grundlage sind Kommunikationsmodelle, zum Beispiel von WATZLAWICK und SCHULZ VON THUN (Büker, 2019, S. 18).

Die Befragten der Interviews sind bei der Frage nach den Auswirkungen des Rauchens auf die professionelle Beziehungsgestaltung zu Pflegebedürftigen geteilter Meinung. Frau Schmidt beschreibt sowohl positive als auch negative Auswirkungen (Schmidt, 2019, Zeile 133f). Frau Müller und Herr Janssen bezweifeln die Auswirkungen des Rauchens auf die professionelle Beziehungsgestaltung zu Pflegebedürftigen (Müller, 2019, Zeile 145ff; Janssen, 2019, Zeile 122f). Doch auch Frau Müller und Herr Janssen führen, neben Frau Schmidt, positive und negative Faktoren zur Beeinflussung der Beziehungsgestaltung auf.

Bei den negativen Faktoren erwähnt Frau Müller erneut die mangelnde Authentizität von rauchenden Pflegenden (Müller, 2019, Zeile 182f). Diese kann auftreten, wenn die Informationsasymmetrie der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen zu dem Thema des Nikotin-/Tabakkonsums nicht gegeben ist, was bedeutet, dass die Pflegebedürftigen das Rauchverhalten des Pflegenden kennen.

Eine weitere negative Beeinflussung der professionellen Beziehungsgestaltung stellt die Aversion der Pflegebedürftigen gegenüber „*kalttem Rauch*“ dar, den alle Befragten zu bedenken gaben (Schmidt, 2019, Zeile 113ff; Müller, 2019, Zeile 196ff; Janssen, 2019, Zeile 124ff). Diese Aversion kann die Balance zwischen Nähe und Distanz beeinflussen, was ein wichtiges Gestaltungselement der professionellen Beziehung darstellt. Die Pflegebedürftigen könnten sich von den rauchenden Pflegenden abwenden, was wiederum die Ausführung der Pflegeaufgaben beeinflussen kann. Die Nähe und Distanz kann aber auch Auswirkungen auf das Rauchverhalten der Pflegenden haben. Die oben erwähnten Gegenpole (Sympathie - Antipathie, emotionale Beteiligung - emotionale Belastung, helfen können - Hilflosigkeit, positives Feedback - negatives/kein Feedback) spielen dabei eine entscheidende Rolle. Vor allem bei Krisen- und Grenzsituationen der Pflegebedürftigen, wie Krankheit, Verfall, Leid, Schmerzen, Tod, Trauer, aber auch bei

Genesung und Fortschritt des Pflegebedürftigen, wird Distanz bei Pflegenden häufig als Schutzfaktor eingesetzt (Büker, 2019, S. 36f). Das Rauchen kann bei eben solchen Krisensituationen zur Bewältigung beitragen (Janssen, 2019, Zeile 79f).

Zu der positiven Beeinflussung der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen zählen die Befragten den kommunikationsfördernden Charakter des Rauchens (Schmidt, 2019, Zeile 123f; Müller, 2019, Zeile 153ff; Janssen, 2019, Zeile 132ff). Frau Müller spekuliert auf die Entstehung einer zwischenmenschlichen Beziehung durch Gespräche über private Themen, wie das Rauchverhalten (Müller, 2019, Zeile 151ff). Die Kommunikationsförderung kann bei ebenfalls rauchenden Pflegebedürftigen durch das Sprechen über Gemeinsamkeiten (wie z.B. die Konsumart (vgl. 1.3 KONSUMARTEN NIKOTIN-/TABAKHALTIGER SUBSTANZEN) oder auch durch den gemeinsamen Konsum entstehen (Schmidt, 2019, Zeile 123ff). Das gemeinsame Rauchen von Pflegebedürftigen und Pflegenden kann außerdem der sozialen Isolation der Pflegebedürftigen beitragen (Schmidt, 2019, Zeile 125ff), was einen weiteren positiven Effekt auf die Beziehungsgestaltung darstellt. Das gemeinsame Rauchen ist jedoch von der Individualität des Pflegebedürftigen und von den Vorgesetzten abhängig, da diese darüber entscheiden, ob diese Art der Beziehungsgestaltung genehmigt wird (Schmidt, 2019, Zeile 133f).

Hier stellt sich die Frage, für welche Pflegebedürftigen sich das gemeinsame Rauchen anbietet. Frau Schmidt spricht über Pflegebedürftige mit dementiellen Erkrankungen, bei denen sich vor allem positive Auswirkungen zeigen, wie die Kommunikationsförderung, die Entgegenwirkung der sozialen Isolation und die Freude der Pflegebedürftigen (Schmidt, 2019, Zeile 125ff). Da das Rauchen jedoch Einfluss auf die Gesundheit des Gehirns hat (vgl. 1.5 BEEINFLUSSUNG DER GESUNDHEIT DURCH DEN NIKOTIN-/ TABAKKONSUM), könnte das zum kognitiven Abbau des Pflegebedürftigen führen und die dementielle Erkrankung verstärken.

Außerdem erwähnt sie, ebenfalls wie Frau Müller, dass es bei suchterkrankten Pflegebedürftigen, bei denen das gemeinsame Rauchen oder auch das Rauchen von Pflegenden bzgl. des Tertiärrauchs ungeeignet ist, da bei ihnen bereits ein Nikotinabhängigkeitssyndrom oder ein anderes Abhängigkeitssyndrom besteht. Sie sind deshalb in Behandlung und das Rauchen oder der Tertiärrauch der Pflegenden könnte einen Rückfall oder eine Suchtverlagerung auslösen (Schmidt, 2019, Zeile 160ff; Müller, 2019, Zeile 77f).

## 2.2 ERKLÄRUNGSVERSUCH: WARUM RAUCHEN PFLEGENDE?

Eine Sucht entwickelt sich laut Tretter durch ein „*individuelle[s] Zusammentreffen von Risiko- und Schutzfaktoren*“ (Tretter, 2017, S. 15), wie zum Beispiel das soziale Umfeld, welches sowohl als Risikofaktor (z. B. bei erhöhtem Konsum im sozialen Umfeld aus religiösen Gründen wie der „*Friedenspfeife*“) als auch als Schutzfaktor (z. B. bei vermindertem Konsum im sozialen Umfeld) gelten kann. Des Weiteren wird die Suchtentwicklung durch das sogenannte „*Suchtdreieck*“ (nach Soyka & Küfner, 2008) beeinflusst. Das Suchtdreieck ergibt sich aus der Interdependenz zwischen der Person, der Umwelt und der Substanz. Die Person kann beispielsweise durch das Suchtrisiko, dem genetischen Risiko sowie Vorbilder geprägt werden. Die Umwelt ergibt sich zum Beispiel aus der Religion, der Kultur und den gesetzlichen Regelungen, wie dem Betäubungsmittelgesetz oder dem Nichtraucherschutz. Der Zugang, die Wirkungsweise und das Abhängigkeitspotenzial der Substanz und andere, sind mögliche Indikatoren, dass eine Substanz konsumiert wird und laut dem „*Suchtdreieck*“ abhängig machen kann (Tretter, 2017, S. 14f).

In der Literatur werden außerdem verschiedene ätiologische Modelle differenzierter diskutiert. Diese werden im Folgenden kurz dargestellt.

Das **psycho-sozio-biologische Modell** beschreibt die Ursachen der Nikotin-/Tabakabhängigkeit in psychologischen, sozialen, biologischen und genetischen Faktoren. Außerdem erklärt das Modell einen dynamischen Entwicklungsprozess der Abhängigkeit, der die Interdependenzen zwischen Ursache, Wirkung und Entzug des Nikotins und den Folgeerkrankungen aufweist (Lesch & Walter, 2009, S. 13).

Die **psychologischen Modelle** fassen verschiedene Ansätze zusammen. Der lerntheoretische Ansatz basiert auf der klassischen Konditionierung nach IWAN PETROWITSCH PAWLOW, wobei der Nikotin-/Tabakkonsum als erlerntes Verhalten aufgefasst und durch Schutz- und Risikofaktoren beeinflusst wird. Das erlernte Verhalten kann zur Verminderung von Spannungszuständen führen, wodurch das erlernte Verhalten gesteigert wird und dies wiederum die Spannungszustände verstärken kann. Es kommt zur Dosissteigerung, um die Spannungszustände zu minimieren. Dieser Kreislauf wird im Modell als Erklärung der Abhängigkeitserkrankung herangezogen. Positive und negative Stimuli können das Rauchverhalten beeinflussen, wodurch es zu einem verminderten oder vermehrten Konsum von nikotinhalten Substanzen kommen kann. Außerdem lernen bereits Kinder und

Jugendliche am Modell, dass es zu bestimmten Anlässen (z. B. bei Feierlichkeiten) zu einem vermehrten Konsum von Nikotin/Tabak kommt. Orte und Situationen, in denen vermehrt Nikotin/Tabak konsumiert wird, werden als „*Hot Spots*“ bezeichnet. Je mehr Möglichkeiten eine Person hat die Orte und Situationen, in denen weniger Nikotin/ Tabak konsumiert wird („*Cool Spots*“), zu definieren und je mehr Coping-Strategien dieser Person zur Verfügung stehen, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit der Abhängigkeitsentwicklung (Lesch & Walter, 2009, S. 13ff).

Der tiefenpsychologische Ansatz stellt Störungen der Persönlichkeit in den Vordergrund. Es wird von einer Störung in der kindlichen Entwicklung ausgegangen, die zu einer Disposition für eine Abhängigkeitsentwicklung führt. Der Nikotin-/Tabakabhängigkeit werden drei zentrale Funktionen zugeschrieben: zur Befriedigung, zur Abwehr von z. B. Ängsten und zur Kompensation von z. B. Minderwertigkeitsgefühlen (Zingerle, 1994; aus: Lesch & Walter, 2009, S. 15).

Im Mittelpunkt des triebpsychologischen Ansatzes steht die Abhängigkeit als Fixierung auf die orale Entwicklungsstufe. Die Ursache begründet sich nach der Theorie von SIGMUND FREUD durch den Mangel an Zuwendung und aufgrund einer emotionalen Störung in der frühen Kindheit, wobei Reifungsverzögerungen entstanden sind. Der Nikotin-/Tabakkonsum stellt die Triebbefriedigung zur Konfliktlösung dar und ermöglicht dadurch die Flucht aus der Realität (Lesch & Walter, 2009, S. 15f).

Die Störungen der Ich-Organisation wird im Ich-psychologischen Ansatz diskutiert. Diese führen zu Wahrnehmungsstörungen und Störungen der Objektbeziehungen. Durch den Konsum von Nikotin/Tabak soll das in der Struktur gestörte Ich gestärkt werden (Lesch & Walter, 2009, S. 16).

Die Störung der Objektbeziehung wird auch im objektpsychologischen Ansatz erörtert. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung des Menschen, die durch die Funktion seiner Mutter geprägt wird. Dabei steht die ernährende, schützende und gute Mutter der frustrierten, bedrohlichen und bösen Mutter gegenüber. Überwiegt die böse Mutter kommt es zu einer gestörten oder unreifen Objektbeziehung, wobei die Differenzierung zwischen Selbst und Objekt nicht mehr gelingt und der Betroffene das entstehende Ungleichgewicht mit anderen Bezugspersonen oder dem Konsum von Suchtmitteln ausgleicht (Lesch & Walter, 2009, S. 16f).

Der narzissmustheoretische Ansatz thematisiert die Traumatisierung in einer frühen Entwicklungsphase. Das Kind kann seine Selbstwertgefühle noch nicht

auseichend regulieren, wodurch es zu einer Abhängigkeitsentwicklung kommen kann. Es entsteht eine Überempfindlichkeit gegenüber narzisstischen Kränkungen, die durch den Nikotin-/Tabakkonsum kompensiert werden soll (Lesch & Walter, 2009, S. 17).

Bei einer Störung des gesamten Ökosystems (systemtheoretischer Ansatz) eines Menschen, also einem Ungleichgewicht zwischen dem Individuum, dem Verhalten und der Umwelt, wird das Nikotin/ der Tabak konsumiert, um die Störung zu beeinflussen und das Gleichgewicht wiederherzustellen (Lesch & Walter, 2009, S. 17).

Die **sozialen Modelle** basieren auf epidemiologischen Studien, die ausweisen, dass das Rauchverhalten von der Kultur, dem sozialen Wohlstand, den Wertvorstellungen und den Veränderungen in der Familienstruktur beeinflusst wird. Zum Beispiel zeigen Länder mit einer Kultur, in der das Konsumieren von Nikotin/Tabak als nicht wünschenswert gilt, eine geringere Raucherprävalenz auf, als Länder mit Kulturen, die frei gewähren lassen. Ein weiteres Beispiel: Länder mit sozialer Sicherheit weisen eine höhere Raucherprävalenz auf als Länder mit Unsicherheiten oder unsicherem Ausbildungsweg und je unterschiedlicher die Einkommensverhältnisse in einem Land sind, umso höher ist die Nikotinprävalenz (Lesch & Walter, 2009, S. 18f).

**Biologische Modelle** zur Ätiologie des Nikotin-/Tabakkonsums gehen zum einen auf die Vererbbarkeit der Abhängigkeit ein, die durch ein Zusammenspiel von genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen entsteht. Studien zeigen, dass eine Vererbung der Nikotin-/Tabakabhängigkeit zu 60 % eintritt (True et al., 1997; aus: Lesch & Walter, 2009, S. 19). Zum Teil kann dies auch durch eine frühe Intoxikation mit Nikotin in der Schwangerschaft erklärt werden. Zum anderen wird eine Nikotin-/Tabakabhängigkeit auf eine Veränderung der nikotinergen Rezeptoren des Nervensystems (vgl. 1.5 BEEINFLUSSUNG DER GESUNDHEIT DURCH DEN NIKOTIN-/ TABAKKONSUM) in Folge des Nikotinkonsums zurückgeführt (Lesch & Walter, 2009, S. 20).

Die Ursachen des Nikotin-/Tabakkonsums sind bei jedem Menschen individuell, doch Umfragen bei Pflegenden zeigen, dass vor allem die psychischen und körperlichen Belastungen des Pflegeberufs und die Belohnung für das Aushalten dieser Belastungen Gründe für den Nikotin-/Tabakkonsum darstellen. Außerdem bietet es den Pflegenden eine Rückzugsmöglichkeit und Zeit mit den Kollegen

(Deutsches Netz rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V., 2018, S. 6)

In den geführten Interviews wurden ähnliche Aspekte beleuchtet. Herr Janssen äußerte, dass das Rauchen von Pflegenden als funktional wahrgenommen wird und der Stress- und Konfliktbewältigung und zur Bewältigung des Arbeitsaufwandes dient (Janssen, 2019, Zeile 79ff). Er erwähnt außerdem, dass durch das Rauchen auch Pausen geschaffen werden könnten, die sonst nicht da wären (Janssen, 2019, Zeile 87ff). Frau Müller beschrieb ebenfalls die entspannende und beruhigende Wirkung des Nikotin-/Tabakkonsums (Müller, 2019, Zeile 55f). Alle drei Interviewten, Frau Schmidt (2019, Zeile 10f), Frau Müller (2019, Zeile 153ff) und Herr Janssen (2019, Zeile 133ff), erwähnten die Förderung der Kommunikation während des Nikotin-/Tabakkonsums.

Diese Darstellungen zeigen, dass insbesondere die psychischen Modelle auf die Gruppe der Pflegenden zutrifft. Der lerntheoretische Ansatz beschreibt den Abbau von Spannungszuständen durch den Nikotin-/Tabakkonsum (Lesch & Walter, 2009, S. 13ff), der tiefenpsychologische Ansatz stellt die Abwehr und Kompensation von Konflikten und Problemen dar (Zingerle, 1994; aus: Lesch & Walter, 2009, S. 15) und der triebpsychologische Ansatz beschreibt die Triebbefriedigung zur Konfliktlösung und Flucht aus der Realität durch den Konsum von Nikotin/Tabak (Lesch & Walter, 2009, S. 15f).

Das bedeutet, dass das Rauchen von Pflegenden insbesondere als Copingstrategie angewendet wird. Copingstrategien (engl. „to cope with“ = bewältigen, überwinden) sind alle Maßnahmen und Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen, um Krisen- oder Problemsituationen zu bewältigen. Es wird in konstruktive und destruktive Strategien unterschieden. Die konstruktiven Copingstrategien fokussieren die langfristige Problemlösung und destruktive Copingstrategien die Ablenkung von der Situation. Das Rauchen stellt eine destruktive Copingstrategie bei Pflegenden, zur Bewältigung der oben genannten Gründe, dar (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V., 2017, S. 3f).

### 3. PRÄVENTION DES NIKOTIN-/TABAKKONSUMS IM KONTEXT DER PFLEGE

Als Prävention werden alle geeigneten Maßnahmen bezeichnet, die Krankheiten und Unfälle verhüten bzw. das Fortschreiten von Krankheiten verhindern, verlangsamen oder die Ausbreitung vermeiden. Die Prävention baut auf pathogenetischen, physiologischen und psychischen Kenntnissen auf, um das Ziel der Abwendung und Ausschaltung von Krankheitsrisiken zu erreichen. Im Allgemeinen lässt sich die Prävention in drei Arten unterscheiden: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Hurrelmann et al., 2018, S. 24).

Bezogen auf das Nikotinverhalten bedeutet dies, dass die Primärprävention den Konsum vorbeugt, die Sekundärprävention frühzeitig süchtiges Verhalten erkennt, bei der Behandlung des Abhängigkeitssyndroms unterstützt und Erkrankungen von Konsumenten frühzeitig erkennt und die Tertiärprävention die Verschlechterung oder das Wiederauftreten bereits bestehender Erkrankungen verhindert. Hurrelmann et al. (2018, S. 36) untergliedern die Tertiärprävention in zwei Untergruppen: Typ A beinhaltet alle Behandlungsmaßnahmen und Typ B die Rückfallprophylaxe (Hurrelmann et al., 2018, S. 36).

Außerdem wird die Prävention je nach strategischen Ansatzpunkt in Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Die Verhaltensprävention beschreibt die Beeinflussung des individuellen (Risiko-) Verhaltens einer Person, zur Inanspruchnahme von medizinischen Interventionen (z. B. Früherkennungsverfahren) und zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen sowie Fort- und Weiterbildungen. Die Veränderung von ökologischen, ökonomischen, sozialen oder kulturellen Umweltbedingungen, die die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten beeinflussen, wird als Verhältnisprävention bezeichnet (Hurrelmann et al., 2018, S. 51f).

Mit der Prävention geht ebenfalls die Gesundheitsförderung einher. Diese unterstützt die Ressourcen eines Menschen hinsichtlich der gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen (Hurrelmann et al., 2018, S. 24).

Auch die betriebliche Gesundheitsförderung zielt auf die Verbesserung der Gesundheit ab. Außerdem soll die betriebliche Gesundheitsförderung, durch gemeinsame Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft, das

Wohlbefinden am Arbeitsplatz fördern (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2014, S. 2).

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und als Anreiz zum Nichtrauchen haben beispielsweise die Helios-Kliniken einen zusätzlichen Urlaubstag pro Kalenderjahr für Nichtraucher veranlasst. Die Beschäftigten können diesen auf Antrag mit einer schriftlichen Selbsterklärung des Nichtrauchens erhalten. Als Nichtraucher wird hier der Nicht-Konsum im Sichtbereich des Geländes des Arbeitgebers bezeichnet. Das bedeutet, dass auch Raucher, die nicht in der Nähe der Arbeitsstätte rauchen, diesen Zusatzurlaub beantragen können. Auf Veranlassung des Arbeitgebers kann die Selbsterklärung durch Stichproben überprüft werden (HELIOS Kliniken GmbH, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand, 2007, S. 23).

Auch die Studierende hat zur betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universitätsmedizin Greifswald, im Rahmen des Praxissemesters des dualen Studiengangs Pflegewissenschaft/Pflegemanagement, einen Rahmenlehrplan in Form des Werkstattlernens zum Thema der Stress- und Tabakprävention in der Pflegeausbildung erstellt. Es wurden jeweils fünf Werkstätten (je 60 Minuten) zur Stress- und Nikotin-/Tabakprävention entwickelt, die um weitere Elemente der persönlichen Gesunderhaltung, z. B. der gesunden Ernährung und/oder des gesunden Schlafes bei Schichtarbeit, erweitert werden (Pfitzner, 2018).

### 3.1 PRIMÄRPRÄVENTION

Primärpräventive Maßnahmen gelten als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dies bedeutet zum einen, dass die unterschiedlichen Zielgruppen mit den für sie passenden Methoden in den verschiedenen Settings (z. B. in der Schule, bei der Arbeit, in der Gemeinde) angesprochen werden (Tretter, 2017, S. 12). Zum anderen sollen diese Maßnahmen eine Gesellschaft so verändern, dass die Nachfrage nach dem Konsumieren nikotin-/tabakhaltiger Substanzen sinkt. Diese Handlungsschritte sollten dabei auf die drei Faktoren des Suchtdreiecks (vgl. 2.2 ERKLÄRUNGSVERSUCH: WARUM RAUCHEN PFLEGENDE?) und auf die individuelle Schutzfaktoren abzielen, um die Entwicklung einer Sucht vorzubeugen (Lesch & Walter, 2009, S. 34f).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt dafür verschiedene Materialien zur Aufklärung und Prävention des Nikotin-/Tabakkonsums zur Verfügung. Das Programm „*rauchfrei*“ soll dabei zur Förderung des Nichtrauchens beitragen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2019).

Auch für den Pflegeberuf existieren Programme und Aktionen zur Aufklärung und Prävention des Tabak-/Nikotinkonsums und zum Schutz der Nichtraucher.

Das deutsche Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser bietet dafür Beratung und Begleitung auf dem Weg zum zertifizierten „*rauchfreien Krankenhaus*“ und die Vernetzung zwischen weiteren rauchfreien Einrichtungen. Diese Vernetzung dient den Mitgliedern zum Erfahrungsaustausch untereinander und der Erhaltung von speziellen Beratungs- und Schulungsangeboten sowie der Qualifizierung für Rauchstoppberatungen. Außerdem ist das deutsche Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser bei der Entwicklung von speziellen Konzepten zur Nikotin-/Tabakprävention beteiligt, wie zum Beispiel bei dem „*astra plus*“-Programm (Deutsches Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser, 2019).

Das Programm „*astra plus - Gesundheitskompetenz - Rauchfrei in der Pflege*“ ist ein Zusammenschluss des „*astra*“-Programms „*Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege*“ und dem „*PA-TRES*“-Programm. Es setzt sich durch einen modularisierten Plan für eine ganzheitliche Sichtweise des Nikotin-/Tabakkonsums ein und ergänzt dies um die Themen Stress, Ernährung und Bewegung. Das Programm möchte durch die Implementation in der schulischen und praktischen Pflegeausbildung den Konsum nikotin-/tabakhaltiger Substanzen, durch verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen, prävenieren und reduzieren. Die Prävention und Reduktion des Nikotin-/Tabakkonsums soll zur Reduktion von Belastungssituationen und zur Umgestaltung des Arbeitsumfelds beitragen, so dass dieses die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Berufszufriedenheit erhält und fördert und somit die Pflegequalität erhöht. Des Weiteren sollen Pflegende durch das Programm für ihre Vorbildfunktion sensibilisiert werden, um zu Multiplikatoren und Akteuren zu werden, die zur Reduzierung des Nikotinkonsums in der Bevölkerung beitragen (astra plus, 2016, S. 1f).

Während der Implementation des Programms wurden bereits erste Ergebnisse festgestellt: das Rauchverhalten sank um 4 % und die Veränderungsmotivation stieg um 12 % (Bühler, et al., 2017, S. 46ff).

Der Schutz von Nichtraucherern wurde auch durch die Gesetzgebung festgeschrieben. Zwischen dem 1. August 2007 und dem 1. Juli 2008 traten 16 Landesnichtraucherschutzgesetze in Kraft, die sich in Bezug auf Bußgeld- und Ausnahmeregelungen unterscheiden. Jedoch schreiben sie alle den Schutz vor Passivrauch in öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Schulen vor. Bereits 2009 sank sowohl die Passivrauchbelastung von Nichtrauchern als auch der durchschnittliche Tageskonsum von Rauchern seit Einführung des Rauchverbots in öffentlichen Einrichtungen (Mons, Kahnert, Gleich, Pötschke-Langer, & Schaller, 2010, S. 8f, 46f).

Auch das Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation soll zur Eindämmung des Tabakgebrauchs beitragen und somit die Menschen vor den „*verheerenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen, umweltrelevanten und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen*“ (Kahnert, et al., 2011, S. 17). Zur Erreichung dieses Ziels wurden Maßnahmenpakete erstellt, die durch die Vertragspartner auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene zu veranlassen sind. Diese Maßnahmenpakete sollen beispielsweise zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak oder der Verminderung des Tabakangebots dienen. Einzelne Maßnahmen dieser Pakete sind zum Beispiel Tabaksteuererhöhungen, Einschränkungen von Tabakwerbung und -sponsoring, größere Warnhinweise auf Tabakprodukten und Maßnahmen zum Nichtraucher- und Jugendschutz. Während der gesamten Zusammenarbeit (seit 1994) der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens zeigten die Tabakkontrollmaßnahmen in Deutschland ihre Wirkung: der Zigarettenkonsum der Bevölkerung sank von über 140 Milliarden Stück im Jahr 1999 auf knapp 80 Milliarden Stück im Jahr 2010 (Kahnert, et al., 2011, S. 12f, 17, 133).

### 3.2 SEKUNDÄRPRÄVENTION

Zur Früherkennung des Abhängigkeitssyndroms müssen die präventiven Maßnahmen an die Stadien des süchtigen Verhaltens (vgl. 1.4 STADIEN DES SÜCHTIGEN VERHALTENS) angepasst werden und die Faktoren des Suchtdreiecks (vgl. 2.2 ERKLÄRUNGSVERSUCH: WARUM RAUCHEN PFLEGENDE?) gestärkt werden. Dies kann zum Beispiel durch die Stärkung des Selbstbewusstseins, der Vorstellung von geeigneten Vorbildern und dem Angebot von Hilfe erfolgen (Lesch & Walter, 2009, S. 36).

Die Behandlung des Abhängigkeitssyndroms wird von der Suchthilfe getragen und kann im ambulanten oder stationären Setting erfolgen. Die inhaltliche Basis stellt das Ursachenmodell der Sucht dar (vgl. 2.2 ERKLÄRUNGSVERSUCH: WARUM RAUCHEN PFLEGENDE?). Hierbei wird die Ursache der Sucht im Stufenprogramm behandelt, was den Konsum nikotin-/ tabakhaltiger Substanzen abwenden kann.

Damit beim absetzen des Nikotins kein Entzugssyndrom (vgl. 1.4 STADIEN DES SÜCHTIGEN VERHALTENS) entsteht, können symptommindernde Medikamente (z. B. Nikotinersatzpräparate, wie Nikotinpflaster oder -kaugummi) verwendet werden. Diese Medikamente können auch durch eine Herabsetzung der Dosis zur Entwöhnungstherapie verwendet werden (Rath, Constantinescu-Fomino, & Grec, 2017, S. 91ff).

Des Weiteren werden den Betroffenen eine multidisziplinäre Aufklärung und Beratung bezüglich der Risiken des Nikotin-/Tabakkonsums, zu anderen Alternativen Entzugsmöglichkeiten (z. B. Akupunktur) und zur medizinischen Schadensminimierung angeboten und seine psychosoziale Kompetenz gestärkt (Tretter, 2017, S. 11f).

Zur Erkennung von Erkrankungen die ggf. durch das Rauchen auftreten (vgl. 1.5 BEEINFLUSSUNG DER GESUNDHEIT DURCH DEN NIKOTIN-/ TABAKKONSUM) sollten sich Raucher einem Gesundheits-Check-up unterziehen. Diese Untersuchungen sind vor allem zur Erkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Hierzu gehören unter anderem die Elektrokardiografie (EKG), ein Belastungs- EKG, eine Kontrolle der Blutwerte, der Ultraschall von großen Gefäßen sowie die Messung des Blutdrucks (besonders in den Beinen zur Früherkennung von Durchblutungsstörungen, die als Folge z.B. das sogenannte Raucherbein haben). Des Weiteren werden zur Erkennung von Lungenerkrankungen Lungenfunktionstests, Sauerstoffmessungen, ggf. bildgebende Verfahren wie Röntgen oder Computertomografie des Brustkorbs und ggf. eine Bronchoskopie mit Gewebeuntersuchungen durchgeführt (Lunow, 2019).

### 3.3 TERTIÄRPRÄVENTION

Um die Verschlechterung oder das Wiederauftreten bereits bestehender Erkrankungen zu vermeiden, müssen die präventiven Maßnahmen an die jeweilige Erkrankung angepasst werden. Die Maßnahmen können zum einen die Untersuchungen, die in der Sekundärprävention benannt wurden, sein und zum anderen

können die Maßnahmen aber auch die Einnahme von Medikamenten beinhalten, die der Behandlung der Erkrankung dienen.

Die Tertiärprävention beinhaltet ebenfalls die Rückfallprophylaxe. Dabei wird der Betroffene für rückfallkritische Situationen sensibilisiert und ihm werden angemessene Bewältigungsstrategien vermittelt (Batra & Bilke-Hentsch, 2016, S. 143).

#### 4. FAZIT DES NIKOTIN-/TABAKKONSUMS VON PFLEGENDEN

Das Rauchen gilt als größtes vermeidbares Gesundheitsrisiko (astra plus, 2016, S. 1), da das Rauchen nicht nur für aktive Konsumenten gesundheitsgefährdend wirkt, sondern auch für deren Mitmenschen (Pötschke-Langer, et al., 2015, S. 56f & Neuberger, 2018, S. 258f). Doch überdurchschnittlich viele Pflegende konsumieren nikotin-/tabakhaltige Substanzen (Huhn, 2018, S. 31). Die Ursachen einer Nikotin-/Tabakabhängigkeit ergeben sich aus den Interdependenzen der Substanz, der Person und der Umwelt und werden außerdem durch Schutz- und Risikogruppen beeinflusst (Tretter, 2017, S. 15). Das Rauchverhalten bei Pflegenden kann außerdem durch die Ausführung der Pflegeaufgaben und der professionellen Beziehungsgestaltung zu Pflegebedürftigen beeinflusst werden. Jedoch können die Aufgaben der Pflegenden und die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen auch durch das Rauchen der Pflegenden beeinflusst werden (Schmidt, 2019; Müller, 2019 & Janssen, 2019).

Aus diesen wechselseitigen Beziehungen ergibt sich das folgende vierseitige Modell, bestehend aus den Pflegenden, den Pflegebedürftigen sowie der Gesundheit und der Krankheit. Es stellt die Aufgaben der Pflege bzgl. der Gesundheit und Krankheit, das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum der Pflegebedürftigen sowie die Stadien des süchtigen Verhaltens und Anknüpfungspunkte der Präventionsarten dar.

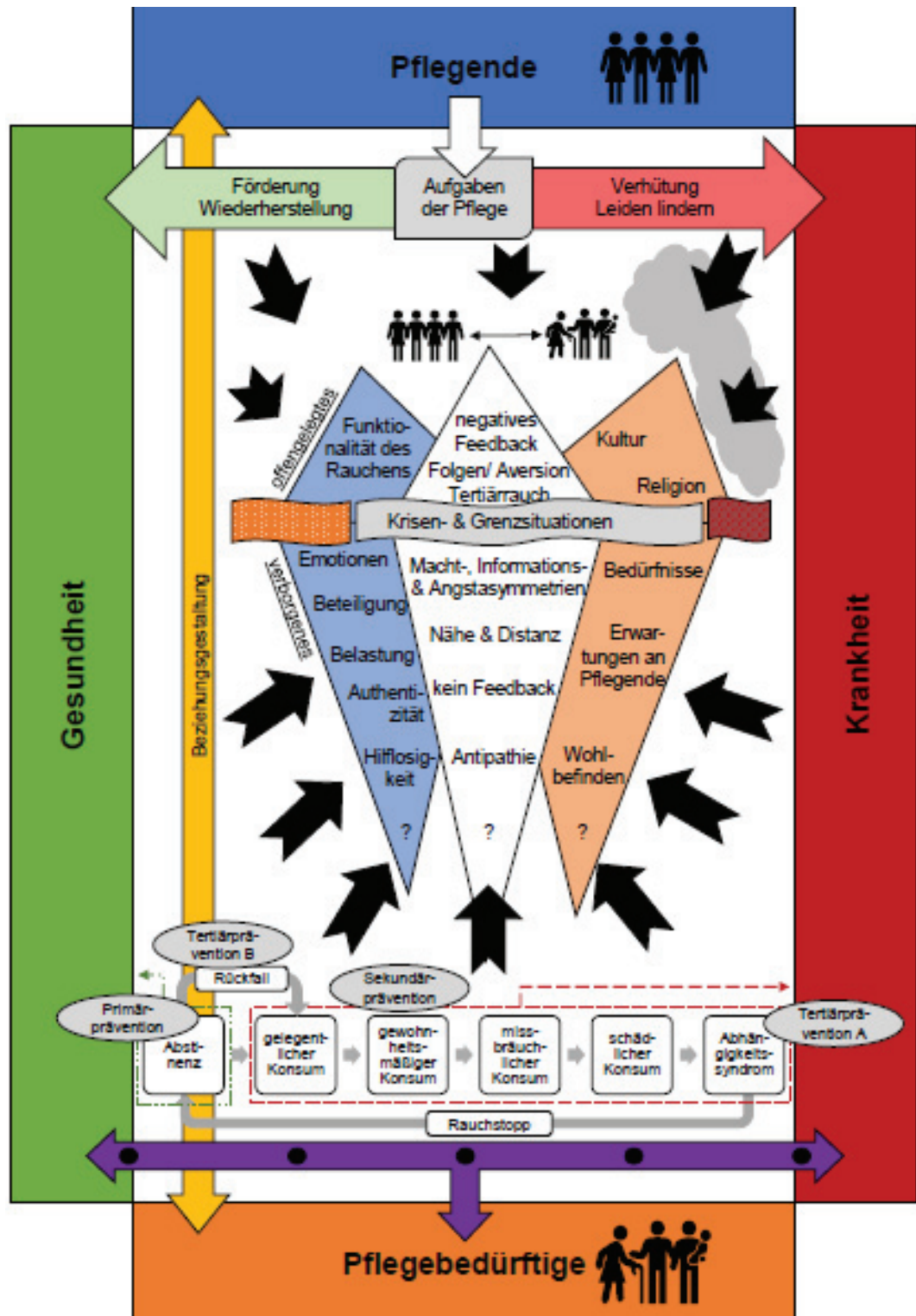


Abbildung 1: Vierseitiges Eisbergmodell des Nikotin-/Tabakkonsums von Pflegenden (eigene Darstellung)

Diese vier Seiten bilden das Rahmenkonstrukt, welches die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Nikotin-/Tabakkonsum von Pflegenden und der Ausführung der Pflegeaufgaben bzw. der professionellen Beziehungsgestaltung zu

Pflegebedürftigen beeinflussen. Die Faktoren, die Einfluss auf diese wechselseitigen Beziehungen haben, werden im Zentrum des Rahmenkonstrukts als ein Eisberg dargestellt. In der linken Hälfte des Eisbergs werden Faktoren der Pflegenden und auf der rechten Hälfte des Eisbergs Faktoren der Pflegebedürftigen aufgezeigt. In der Mitte befinden sich die Faktoren, die beide Gruppen betreffen. Es wurde die Abbildung eines Eisbergs gewählt, da nicht alle diese Faktoren dem jeweils anderen immer offenbart werden. Aus diesem Grund sind oberhalb der Wasserlinie die Faktoren dargestellt, die zum Großteil offenbart werden. Innerhalb der Wasseroberfläche werden Faktoren abgebildet, die zum Teil offenbart werden, manchmal jedoch durch Wellen verdeckt werden. Unterhalb der Wasseroberfläche werden die Faktoren dargestellt, die meistens im Verborgenen liegen. Die Wasserlinie wurde symbolisch als Zigarette abgebildet und steht für den Nikotin-/Tabakkonsum von Pflegenden.

Wie die Abbildung zeigt, konnten alle Forschungsfragen, durch Inhalte aus der Literatur und den geführten Interviews, beantwortet werden. Dabei war auffällig, dass die Befragten die Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärrauch und auch deren Folgen kennen, jedoch keinerlei Wissen zum Tertiärrauch und dessen Folgen (vgl. 1.5 BEEINFLUSSUNG DER GESUNDHEIT DURCH DEN NIKOTIN-/TABAKKONSUM) aufweisen. Außerdem scheint es so, dass rauchende Pflegende zwar die Folgen des aktiven Rauchens kennen, diese jedoch verdrängen. Des Weiteren wird das Konsumieren tabak-/nikotinhaltiger Substanzen zumeist als „*ungesunder Lebensstil*“ bezeichnet. Doch wenn ein Abhängigkeitssyndrom nach F17.2 besteht, sollte diese auch durch die Menschen als Krankheit anerkannt werden.

Die Ursachenforschung, warum im Speziellen Pflegende vermehrt Nikotin/Tabak konsumieren, und wie das Rauchverhalten der Pflegenden mit der Ausführung der Pflegeaufgaben bzw. mit der Beziehungsgestaltung zu Pflegebedürftigen in Beziehung stehen stellt einen wichtigen Faktor zur Prävention dar. Das bedeutet, dass bereits Pflegeauszubildende für spezielle Situationen, die zum Nikotin-/Tabakkonsum und in Folge dessen zum Abhängigkeitssyndrom führen können, sensibilisiert werden, um möglichst konstruktive Copingstrategien zu ergreifen.

Eine differenziertere Betrachtung der Forschungsfragen bezüglich der wechselseitigen Beziehung zwischen dem Rauchverhalten der Pflegenden und der Ausführung ihrer Pflegeaufgaben sowie der Klärung, in welcher Korrelation das Rauchen

von Pflegenden und die professionelle Beziehungsgestaltung zwischen den Pflegenden und Pflegebedürftigen steht, war gewünscht, jedoch nicht möglich.

Zwar kamen in den Interviews die Wechselbeziehung zum Vorschein, da jedoch die Interviews und somit auch die Erstellung des Interviewleitfadens bereits vor der Formulierung der Forschungsfragen erfolgten, ist die Fragestellung dementsprechend einseitig.

Des Weiteren stellt die vierte Fragestellung des Interviewleitfadens eine Abweichung zu den ansonsten narrativ formulierten Fragen dar, denn der Konflikt zwischen dem Arbeiten im Gesundheitsfachberuf Pflege und dem Rauchen wird als angenommen dargestellt. Dadurch wurden die Befragten in eine Richtung gelenkt, die es durch eine freie Formulierung eventuell nicht gegeben hätte. Auch in den Interviews, besonders in dem mit Herrn Janssen geführten, wurde die Fragestellung, trotz Leitfaden, zum Teil zu frei formuliert, was die Befragten ebenfalls in eine Richtung hätte lenken können.

Da sich der Konflikt zwischen dem Arbeiten in der Pflege und dem Rauchen zum Teil aus der Erfüllung der Pflegeaufgaben und der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen ergibt, hätte die Reihenfolge der Fragen so verändert werden müssen, dass die Fragestellung bezüglich des Konflikts zum Ende gestellt wird.

Im Großen und Ganzen hätte die Führung von Interviews in einem bestimmten Setting, zum Beispiel der stationären Langzeitpflege, ggf. differenziertere Ergebnisse liefern können, da die Pflegenden aus der Langzeitpflege eventuell mehr Auswirkungen hätten feststellen können, da die Beziehungen zu Pflegebedürftigen aus der Langzeitpflege scheinbar tiefgreifender sind, als die Beziehungen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflege.

Die Auswahl einer anderen Forschungsmethode, zum Beispiel eine Beobachtung mit Handlungsanalyse, hätte ebenso andere oder genauere Ergebnisse geliefert. Diese Beobachtung hätte zum Beispiel in der palliativen Pflege stattfinden können, da mit der Annahme, dass besonders Krisen- und Grenzsituationen von Pflegebedürftigen und der Umgang mit den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und dem sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen, das Rauchverhalten von Pflegenden beeinflusst, diese in der palliativen Versorgung tendenziell häufiger vorkommen.

## LITERATURVERZEICHNIS

- astra plus. (2016). *rauchfrei pflegen: Eine gemeinsame Initiative zur Förderung der Gesundheit von Pflegeberufen*. Berlin, München, Esslingen, Hannover, Würzburg: astra plus - Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege.
- Baier Manwell, L., Ignaczak, M., & Czabala, J. (2002). Prevalence of tobacco and alcohol use disorders in Polish primary care settings. *European Journal of Public Health*, 12(2), S. 139-144.
- Batra, A., & Bilke-Hentsch, O. (2016). *Praxisbuch Sucht - Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter, 2. Auflage*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG. doi:10.1055/b-004-129735
- Batra, A., Hoch, E., Mann, K., & Pertersen, K. U. (kein Datum). *S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. doi:10.1007/978-3-662-47084-8
- Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Sautter, D., Scheifhacken, S., Bonse-Rohmann, M., & Schweizer, I. (2017). *Abschlussbericht: Anschluss-Projekt "astra- Implementationsforschung" in Folge der Entwicklung des Programms "astra- Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege"*. astra plus Gesundheitskompetenz Rauchfrei in der Pflege.
- Büker, C. (2019). Die Pflegebeziehung - Begriff, Besonderheiten, Bedeutung. In C. Büker, & J. Lademann, *Beziehungsgestaltung in der Pflege* (S. 15-43). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Büker, C. (2019). Gestaltungselemente einer professionellen Pflegebeziehung. In C. Büker, & J. Lademann, *Beziehungsgestaltung in der Pflege* (S. 107-135). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2019). *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Abgerufen am 15. Oktober 2019 von [www.bzga.de](http://www.bzga.de): <https://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/>
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (September 2017). Meet The Expert - Bewältigungsstrategien. Frankfurt am Main.
- Deutsches Netz rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V. (20./21. April 2018). astra plus: Gesundheitskompetenz Rauchfrei in der Pflege. ...weil Gesundheit in der Ausbildung beginnt. Dresden.
- Deutsches Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser. (2019). *Deutsches Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser*. Abgerufen am 15. Oktober 2019 von [www.dnrfk.de](http://www.dnrfk.de): <http://www.dnrfk.de/das-netzwerk/das-bietet-das-netzwerk/>
- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. (2014). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung*. Berlin: BKK Dachverband e.V.

- Fathallah, N., Maurel-Donnarel, E., Baumstarck-Barrau, K., & Lehucher-Michel, M.-P. (2012). Three-year follow-up of attitudes and smoking behaviour among hospital nurses following enactment of France's national smoke-free workplace law. *International journal of nursing studies*, 49(7), S. 803-810. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.01.014
- Haustein, K.-O., & Groneberg, D. (2008). *Tabakabhängigkeit: Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen*. Berlin; Heidelberg: Springer Verlag.
- HELIOS Kliniken GmbH, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand. (16. Januar 2007). *Manteltarifvertrag für Unternehmen des Helios Konzerns vom 16. Januar 2007 (TV HELIOS)*.
- Hirsch, K., Voigt, K., Gerlach, K., Kugler, J., & Bergmann, A. (2010). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum sowie Impfverhalten von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in Sachsen-Anhalt. *Heilberufe Science*, 127-132. doi:10.1007/s16024-010-0425-1
- Huhn, S. (August 2018). Tabak- und Cannabiskonsum bei Pflegenden. *Die Schwester der Pfleger*(8), S. 31-34.
- Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., & Stock, S. (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung - Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien, 5. Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- International Council of Nurses. (2014). *ICN Ethik-Kodex für Pflegende*. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
- Janssen, M. (9. Oktober 2019). Nikotinkonsum von Pflegenden. (A. Pfitzner, Interviewer) Neubrandenburg, Mecklenburg- Vorpommern.
- Kahnert, S., Schneider, N. K., Mons, U., Schaller, K., Nair, U., Schunk, S., & Pöntsche-Langer, M. (2011). *Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Kazdepka-Zieminska, A., Jagielska, I., Janicki, R., Tyloch, M., & Grabiec, M. (2010). Prevalence of tobacco smoking among medical staff at Department of Obstetrics and Gynecology Collegium Medicum in Bydgoszcz. *Przegląd lekarski*, 67(10), S. 983-985.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3. Auflage*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Lehmann, F., von Lindeman, K., Klewer, J., & Kugler, J. (2015). Ist das Gesundheitsverhalten von Auszubildenden in der Pflege mit deren sozioökonomischen Status assoziiert? Ergebnisse einer Querschnittsstudie. *Heilberufe Science*, 20-26. doi:10.1007/s16024-014-0232-1
- Lesch, O.-M., & Walter, H. (2009). *Alkohol und Tabak: Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. Wien: Springer Verlag.

- Lunow, R. (2019). *Check up - Praxisklinik für Diagnostik & Präventivmedizin*. Abgerufen am 15. Oktober 2019 von [www.check-up.de](http://www.check-up.de): <https://www.check-up.de/spezial-checks/raucher-check/>
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*, 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mons, U., Kahnert, S., Gleich, F., Pötschke-Langer, M., & Schaller, K. (2010). *Nichtraucherschutz wirkt - Eine Bestandsaufnahme der internationalen und der deutschen Erfahrungen* (Bd. 15). Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Müller, L. (30. September 2019). Nikotinkonsum von Pflegenden. (A. Pfitzner, Interviewer)
- Neuberger, M. (18. Mai 2018). Innenluft und Passivrauch. *Der Pneumologe*, S. 254-262. doi:<https://doi.org/10.1007/s10405-018-0183-9>
- Petersen, A., Sarna, L., Rezk-Hanna, M., Wells, M., Nohavova, I., & Bialous, S. (2019). "Everyone Needs a Breath of Fresh Air": Workplace Impact on Nurses' Smoking Behaviors. *Cancer Nursing*. doi:10.1097/NCC.0000000000000696
- Pfitzner, A. (2018). *Nikotinverhalten von Pflegenden*. Praxisbericht, Hochschule Neubrandenburg - University of Applied Science, Gesundheit, Pflege, Management, Neubrandenburg.
- Pötschke-Langer, M., Kahnert, S., Schaller, K., Viarisio, V., Heidt, C., Schunk, S., . . . Fode, K. (2015). *Tabakatlas Deutschland 2015*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Rath, M., Constantinescu-Fomino, J., & Grec, A. (2017). Nicotin. In F. Tretter, *Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*, 3. Auflage (S. 91-97). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Rustler, C., & Sautter, D. (2018). Rauchfrei - weil Gesundheit unsere Aufgabe ist: Raucherberatung als Handlungsfeld für professionell Pflegende. *PADUA*(13(1)), S. 65-71. doi:10.1024/1861-6186/a000417
- Schmidt, A. (27. September 2019). Nikotinkonsum von Pflegenden. (A. Pfitzner, Interviewer) Neubrandenburg, Mecklenburg- Vorpommern.
- Schotte, K. (2012). *Deutsches Krebsforschungszentrum*. Abgerufen am 18. September 2019 von [dkfz.de](http://dkfz.de): [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche\\_Konferenzen\\_fuer\\_Tabakkontrolle/10\\_Deutsche\\_Konferenz\\_fuer\\_Tabakkontrolle/Kerstin\\_Schotte\\_2012.pdf?m=1421897652](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche_Konferenzen_fuer_Tabakkontrolle/10_Deutsche_Konferenz_fuer_Tabakkontrolle/Kerstin_Schotte_2012.pdf?m=1421897652)
- Schulz, M., Töpper, M., & Behrens, J. (2004). Rauchverhalten von Mitarbeitern und Patienten der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses. *Gesundheitswesen*(66), S. 107-113. doi:10.1055/s- 2004-812798

- Schulze, K., Bühler, A., Bonse-Rohmann, M., Schweizer, I., Rustler, C., & Scheifhacken, S. (September 2014). Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege. *Die Schwester der Pfleger*(9), S. 892-895.
- Sejr, H. S., & Osler, M. (2002). Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes, and professional behavior? *Preventin medicine*, 34(2), S. 260-265.
- TNS political & social. (2017). *Special Eurobarometer 458 " Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes"*. European Commission. doi:10.2875/245123
- Tracogna, U., Klewer, J., & Kugler, J. (2003). Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von Pflegepersonal im Krankenhaus. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 115-119. doi:10.1055/s-2003-39143
- Tretter, F. (2017). Grundlagen. In F. Tretter, *Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*, 3. Auflage (S. 3-50). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- World Health Organization. (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. New York. Abgerufen am 18. September 2019 von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>

## ANHANG

### ANHANG 1 – INTERVIEWLEITFADEN

Berichten Sie mir bitte zu den nachfolgenden Fragen so ausführlich, wie Sie möchten. Alles was Sie als wichtig erachten, ist mir ebenso wichtig.

Wie sieht das Nikotinverhalten in der Einrichtung aus, in der Sie Ihre Pflegeausbildung absolvieren?

Erzählen Sie mir bitte Ihre Geschichte bzgl. des Rauchens, von dem Moment an, als Sie das erste Mal mit Zigaretten o. ä. nikotinhaltigen Substanzen in Berührung gekommen sind.

Wie stehen Sie zu dem Konflikt, der sich zwischen dem Arbeiten im Gesundheitsfachberuf Pflege und dem Rauchen auftut?

Was sind für Sie die Aufgaben der Pflege? Hat das Rauchen von Pflegenden Ihrer Meinung nach Auswirkungen auf diese? Wenn ja, wie sehen diese Auswirkungen aus?

Hat das Rauchen von Pflegenden Ihrer Meinung nach Auswirkungen auf die professionelle Beziehungsgestaltung zwischen rauchenden Pflegenden und Patienten? Wenn ja, wie sehen diese aus?

## ANHANG 2 – TRANSKRIPTION

### Interview B1:

1 I: Wie sieht das Nikotinverhalten denn in deiner Einrichtung aus, wo du gerade  
2 deine Ausbildung absolvierst?

3

4 B1: Also bei uns ist das so in der Einrichtung, dass (..) ich würde sagen 50 Prozent  
5 circa aller Beschäftigten, die dort arbeiten, in der Pflege und im Service rauchen  
6 gehen, und das, aber kann man aber nicht differenzieren, ob es jetzt mehr die  
7 jüngere Generation ist oder doch die ältere. Das ist ähm gut vermischt (..) zwischen  
8 Jung und Alt. (..) Und dann (..) wird halt oft die Pause von den Rauchenden ähm  
9 komplett zum Rauchen genutzt und nicht zum Essen und die müssen dann halt  
10 rausgehen in einen Raucherbereich, (..) aber da erfährt man dann auch immer ge-  
11 nug, was so, was sonst so los ist in den anderen Wohnbereichen.

12

13 I: Und wo machst du deine Ausbildung?

14

15 B1: In Rostock (*geschwärzt*).

16

17 I: Erzähl mir doch bitte deine Geschichte bezüglich des Rauchens, von dem Mo-  
18 ment an, wo du das erste Mal mit Zigaretten oder ähnlichen nikotinhaltigen Sub-  
19 stanzen in Berührung gekommen bist.

20

21 B1: Da muss ich nachdenken. Also ich glaub ich war 14, wo ich das erste Mal  
22 geraucht habe und ich war bei meiner Cousine (..), die eigentlich nie was zu Hause  
23 machen durfte und dann immer völlig ausgeflippt ist und unbedingt rebellieren  
24 musste und dann sind wir, wollte sie unbedingt rauchen und dann sind wir nachts  
25 zum Zigarettenautomaten gelaufen und haben uns eine Schachtel Marlboro ge-  
26 kauft. Das war der erste Kontakt mit einer Zigarette. Dann habe ich eine ganze

27 Weile gar nicht geraucht (.) und dann habe ich richtig angefangen, ich glaube mit  
28 15, (.) mit Freunden (.) im Freundeskreis. Alle haben geraucht, also habe ich mit-  
29 geraucht. (.) Und bis jetzt ist es so geblieben. Mit zwischendurch mal Aussetzern,  
30 also zwischendurch habe ich dann doch schon mal versucht aufzuhören, mit Ak-  
31 kupunktur oder Akupressur eher, (.) das ähm lief auch zwei Monate ganz gut, also  
32 die Akupressur musste zwischendurch mal angepasst werden, weil ich durch die  
33 Punkte am Ohr nicht richtig schlafen konnte. Sie haben immer ziemlich gedrückt,  
34 sodass wir die dann verlegt haben und ähm (.) dann habe ich aber aufgrund mas-  
35 siver Schlafprobleme irgendwann wieder angefangen, weil ich es einfach nicht  
36 mehr ausgehalten habe, nicht mehr richtig zu schlafen. (.) Ja und angefangen habe  
37 ich dann wieder ganz heimlich, ohne das irgendjemandem zu erzählen, weil eben  
38 die Scham doch zu groß ist, dass man das quasi nicht geschafft hat aufzuhören.  
39 (.) Ja (.) soweit und jetzt rauche ich schon ganz schön lange. ((lacht))

40

41 I: Wie lange?

42

43 B1: Na wenn ich mit 14, 15 angefangen habe, ich bin jetzt (*geschwärzt*) (...) ja es  
44 sind bald (*geschwärzt*) Jahre. (...) Aber auch das Verhalten, so grundsätzlich vom  
45 Rauchen (unv.) und es gibt Momente, wo ich weniger rauche oder auch mal gar  
46 nicht rauche und dann gibt es aber auch phasenweise, wie in Prüfungen, wo ich  
47 da relativ viel rauche. Oder wenn ich krank bin rauche ich auch nicht unbedingt.  
48 Phasenweise habe ich auch zu Hause gar nicht geraucht, sondern nur auf Arbeit,  
49 weil mein Mann nicht raucht. (.) Das ist immer unterschiedlich. (.) Also ich kann  
50 jetzt nicht sagen, dass ich jetzt, weiß ich, so wie andere, die wissen sie rauchen  
51 eine Schachtel am Tag, das kann ich nicht sagen, das ist immer individuell. Manch-  
52 mal sind es nur 4 Zigaretten, manchmal sind es auch 12.

53

54 I: Wie stehst du denn zu dem Konflikt, der sich zwischen dem arbeitenden Ge-  
55 sundheitsfachberuf Pflege und dem Rauchen auftut?

56

57 B1: Da muss ich kurz drüber nachdenken. ((lacht)) Grundsätzlich ist es natürlich  
58 schon ein Zwiespalt, wenn ich natürlich im Gesundheitswesen rauche und irgend-  
59 wie was für die (unv.) Krankheiten lindern möchte bei den, bei den Pflegebedürfti-  
60 gen oder die Gesundheit fördern will, dann ist das natürlich schwierig, dass ich  
61 rauche, ähm eigentlich ja das Gegenteil machen möchte. Weil Rauchen macht ja,  
62 wie wir alle wissen, krank und ähm (..), aber ich persönlich, habe für mich jetzt  
63 auch keinen Anreiz aufzuhören. (...) Ich muss noch weiter nachdenken. (...)  
64 Kannst du das nochmal ähm nochmal so erörtern? Mit dem Konflikt? ((lacht))

65

66 I: Also im Gesundheitsfachberuf Pflege möchte man ja, wie du schon gesagt hast,  
67 Krankheiten lindern, präventiv vorgehen, dass keine Krankheiten entstehen oder  
68 keine Folgeerkrankungen. Dass es nicht schlimmer wird, mit der Erkrankung und  
69 da ist ja häufig die Nikotinkarenz ein wichtiger Bestandteil der Therapie, aber (.)  
70 man sagt das immer den Patienten, aber (man hält es selber nicht ein) genau, die  
71 rauchenden Pflegenden halten es ja selber nicht ein.

72

73 B1: Ja prinzipiell ist das ja schon irgendwie ein Zwiespalt, wenn ich anderen Leuten  
74 sagen muss, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung das Rauchen minimieren sollen,  
75 ich aber reinkomme, gerade von meiner Raucherpause und die dann anhauche  
76 mit meinem Raucheratem, dann ähm kann man mich natürlich auch in dem Sinne  
77 ja auch gar nicht ernst nehmen, ne? (..) Das ähm stimmt schon, das ist halt die  
78 Frage, wie man das ändern könnte. (...) Also ich weiß bei mir in der Einrichtung  
79 gibt es Kollegen, die rauchen, aber nicht während der Arbeitszeit, sondern immer  
80 erst danach, damit halt die Bewohner das nicht mitbekommen. (.) Aber ansonsten  
81 (.) ich für mich, weil ich ja süchtig bin, sehe jetzt für mich, (.) ich weiß, dass das  
82 irgendwie im Zwiespalt steht, aber ich ähm (..) nehme das einfach so hin und dann  
83 ist das halt so.

84

85 I: Okay.

86

87 B1: Ich weiß nicht so richtig, was ich darauf sagen soll auf die Frage. ((lacht))

88

89 I: Mmh, was sind für dich denn die Aufgaben der Pflege und hat das Rauchen von  
90 Pflegenden deiner Meinung nach Auswirkungen auf diese? Und wenn ja, wie se-  
91 hen die aus?

92

93 B1: Naja, Aufgaben der Pflege ist ja Gesundheit fördern, Leiden minimieren,  
94 Krankheiten ähm naja heilen nicht, aber dazu beitragen, dass vielleicht da die Aus-  
95 wirkungen nicht ähm (.) so exzessiv sind und das ist ja, wie eben schon gesagt,  
96 steht natürlich in einem Zwiespalt, wenn ich selber rauche und aber ähm präven-  
97 tive Maßnahmen ergreifen soll. (.) Ähm ob das jetzt direkt Auswirkungen auf die  
98 Aufgaben hat, ähm puh mag ich zu bezweifeln. Sicherlich, wenn jetzt jemand da  
99 ist, der vielleicht auch schon Krankheitserscheinungen hat durch das Rauchen,  
100 ständig am Husten ist oder (.) irgendwas dergleichen oder jetzt Luftnot hat oder  
101 wie auch immer, der kann natürlich seine Arbeit nicht so ausführen, wie es viel-  
102 leicht sein sollte. (.) Aber ansonsten, sehe ich für mich jetzt (.) keine Auswirkun-  
103 gen, die mich jetzt in meiner Arbeit beeinträchtigen. Das Einzige, was halt öfter mal  
104 vorkommt ist, dass die Raucherpausen überzogen werden und somit ja Arbeitszeit  
105 eingespart wird. Aber ich weiß ja auch nicht, inwiefern (.) jetzt ähm mein Rauchen  
106 auch Auswirkungen auf die Patienten haben könnte gesundheitlich, also inwiefern  
107 da jetzt (.) sich, weiß ich, mein Nikotinatem (.) auf die Patienten verhält.

108

109 I: Hat das Rauchen von Pflegenden deiner Meinung nach Auswirkungen auf die  
110 professionelle Beziehungsgestaltung zwischen rauchenden Pflegenden und Pati-  
111 enten? Wenn ja, wie sehen diese deiner Meinung nach aus?

112

113 B1: Also definitiv, weil wenn ich jetzt zum Beispiel Patienten habe, oder Bewohner  
114 habe, in meinem Fall ja Bewohner, (.) die ähm nie geraucht haben (..) oder das  
115 auch gar nicht so mögen, diesen Geruch, weil naja kalter Rauch riecht ja dann  
116 doch schon sehr unangenehm, das merke ich ja selbst als Raucher auch, ähm

117 glaube ich, hat das schon eine Bewandtnis in der Beziehungsgestaltung, also ich  
118 glaube, dass da die Beziehungsgestaltung sich eher schwieriger entwickelt. Also  
119 ich habe das selber auch schon gehabt mit einem Patienten in der Klinik, der das  
120 überhaupt nicht abkonnte und dann auch ähm jemand anderes haben wollte, der  
121 nicht geraucht hat, weil er das einfach, diesen Geruch nicht abkonnte. Auf der an-  
122 deren Seite weiß, also kenn ich das selber auch aus der eigenen Praxis, dass wir  
123 oft mit Bewohnern, die noch rauchen auch zusammen rausgehen und die mitneh-  
124 men zum Rauchen. Das ähm (.) trägt ja auch zu einer Beziehungsgestaltung bei,  
125 vor allen Dingen bei den Dementen, die ähm sich noch daran erinnern können,  
126 dass sie rauchen können oder, dass sie rauchen, die nehmen wir ganz oft mit, weil  
127 sie auch nichts anderes mehr haben oder auch häufig die Angehörigen gar nicht  
128 kommen, dann nehmen wir die mit. Dann sind sie auch in einer Gesellschaft, auch  
129 wenn das vielleicht ähm immer ein bisschen widersprüchlich ist, dass wir sie mit-  
130 nehmen in den Raucherbunker, aber ähm sie genießen das, sie freuen sich, dass  
131 sie in Gesellschaft sind, sie können im Leben noch mal ein bisschen auf (.) hört  
132 sich komisch an, ist aber wirklich so. ((lacht)) Ähm ja, also ich denke das hat ähm,  
133 sowohl negative, als aber auch, (unv.) kann es aber auch sowohl negative als auch  
134 positive Auswirkungen schon haben auf die Beziehungsgestaltung, je nachdem,  
135 ähm, je nach Individualität des Bewohners oder des Patienten. Und in wie weit das  
136 vielleicht auch Angehörige oder auch die Einrichtungsleitung dann auch zulässt.  
137 Also das muss man ja auch immer noch mit betrachten.

138

139 I: Vielen Dank, das war meine letzte Frage. Hast du noch irgendwelche Fragen  
140 oder Anmerkungen?

141

142 B1: Mmh ich muss mal kurz überlegen. (...) Ja mir fällt noch was ein, was ich noch  
143 sagen könnte.

144

145 I: Okay, dann bitte.

146

147 B1: Also, (.) ähm Aufgaben der Pflege sind ja auch zum Beispiel ähm der Bera-  
148 tungsaspekt und ähm da denke ich, ist es eher wichtig, dass jemand das macht,  
149 der vielleicht nicht raucht und (.) auch nie geraucht hat, weil ich aus meiner per-  
150 sönlichen Erfahrung sagen kann, dass Leute, die aufgehört haben mit dem Rau-  
151 chen noch kritischer dem gegenüberstehen, als vielleicht Personen, die noch nie  
152 geraucht haben. Ähm (..) ja also eher, Menschen, die noch nie geraucht haben,  
153 sollten die Beratung durchführen, zumindest zu Raucherprävention, weil ich  
154 denke, dass die da eher hinter stehen. Ich persönlich aus meiner Erfahrung kann  
155 sagen, ich habe das vorher machen müssen. Als Raucher, musste ich ähm in der  
156 Suchtambulanz ähm Entwöhnungskurse zum Rauchen durchführen oder präven-  
157 tive Maßnahmen, Beratung leisten und ich fand das immer sehr, sehr schwierig,  
158 weil ich ja selber rauch, ich hab zwar da nicht auf Arbeit geraucht und die Klienten  
159 wussten auch nicht, dass ich rauche, aber (...) lange Pause, jetzt muss ich kurz  
160 überlegen, was ich sagen wollte. (.) Ähm, grundsätzlich war ich dem immer gegen-  
161 über eingestellt, wenn die schon so viele andere Abhängigkeiten haben oder poly-  
162 tox sind und ähm (..) es wohlmöglich auch schon geschafft haben vielleicht keine  
163 Opiate mehr zu nehmen oder auch keine Benzodiazepine oder was auch immer  
164 sie konsumiert haben, dann kann man ihnen ja wenigstens das Rauchen lassen,  
165 dann muss man ihnen das ja nicht auch noch abzwängen, weil ähm zu viel auf  
166 einmal kann auch genau ähm ins Negative führen und dann gibt es nachher eine  
167 Suchtverlagerung (.) und das macht es, die ganze Geschichte, natürlich nicht bes-  
168 ser. Wenn jetzt die Klienten natürlich auf eigene oder auf, aus eigenem Antrieb  
169 dann kommen, ist das natürlich was völlig anderes, aber ich hätte mir gewünscht,  
170 dass das vielleicht jemand macht, der nicht raucht, weil er dann eher dahintersteht,  
171 als ich es getan habe. Ich bin da nicht so kritisch gegenüber, weil ich denke irgend-  
172 was sollte man den Menschen ja auch lassen. (...) Ja, das war nur schwierig, dass  
173 das jemand anderes macht, weil alle geraucht haben in der Einrichtung. Es hat, es  
174 gab glaube ich nur einen Nichtraucher und das war mein Chef. (..) Ja, aber ich war  
175 halt die Einzige, wo halt die Klienten wussten, wo die Klienten das nicht wussten,  
176 dass sie raucht. Alle anderen haben das ja immer sehr öffentlich ähm oder waren  
177 auch mit den Klienten zusammen rauchen. (.) Deswegen war ich die Auserwählte.  
178 Ja, so weit. Irgendwas wollte ich noch sagen, aber das ist mir jetzt entfallen.

179

180 I: Du kannst auch gerne noch darüber nachdenken.

182 B1: Ja (...) So ich habe meinen Gedanken wiedergefunden. Und muss nochmal  
183 kurz meine Aussage revidieren. Also meine eigene Erfahrung ist ja, dass ich grund-  
184 sätzlich eher schlechte Erfahrung gemacht habe, mit Menschen, die aufgehört ha-  
185 ben zu rauchen, weil sie grundsätzlich ähm noch mehr gegen das Rauchen dann  
186 danach sind, aber in der Beratung würde das vielleicht auch Sinn machen, dass  
187 man vielleicht doch Personen einsetzt, die geraucht haben, aber inzwischen auf-  
188 gehört haben, weil sie dann vielleicht auch nochmal ähm den Patienten (.) anders  
189 motivieren können oder die Bewohner, ähm im Bezug auf ähm (.) Copingstrategien  
190 oder (.) Präventivmaßnahmen beziehungsweise davon berichten können, wie sie  
191 es vielleicht geschafft haben, mit welchen Maßnahmen aufzuhören und wie sie es  
192 auch geschafft haben vor allem durchzuhalten. Also das ist ja, Aufhören ist das  
193 eine, aber das auszuhalten ist ja das andere. Das wäre vielleicht doch nicht ganz  
194 so verkehrt. (..) Ja. (.) Und dann fällt mir noch eigentlich ein Beispiel ein zu der  
195 professionellen Beziehungsgestaltung. (..) Aus der Praxis natürlich. Also wir haben  
196 einen Bewohner, der dement ist und eigentlich sehr viel geraucht hat. Der hat zwei  
197 Schachteln am Tag früher geraucht. Er hat aber aufgrund seiner Demenz inzwi-  
198 schen vergessen, dass er raucht (.) und auch in der Regel eigentlich gar kein Be-  
199 dürfnis hat zu rauchen, was sozusagen für uns jetzt auch okay ist, weil das mitunter  
200 manchmal schwierig war. Er hat dann die Mülleimer angesteckt und so weiter und  
201 sofort, weil er die Zigaretten nicht mehr ausgedrückt hat. Jetzt ist es aber so, dass  
202 seine Frau täglich kommt und ihm täglich Zigaretten mitbringt und er dadurch stän-  
203 dig jetzt ankommt, er kriegt die Zigaretten nämlich nur auf Zuteilung von uns, weil  
204 die Frau das gern so möchte und er jetzt aber dauerhaft ankommt und immer Zi-  
205 garetten haben will ähm, weil er natürlich durch die Frau ständig daran erinnert  
206 wird. Das macht die Beziehungsgestaltung dann mit ihm doch ein bisschen  
207 schwierig, weil er eigentlich ein ganz umgänglicher und sehr netter oder liebevoller  
208 Bewohner ist, aber dadurch, dass er halt dann ständig wieder den Bedarf oder das  
209 Gefühl verspürt rauchen zu gehen, kann das mitunter, wird er mitunter auch ziem-  
210 lich aggressiv, also das ist schwierig, weil die Frau da auch sehr uneinsichtig ist.  
211 Und ähm das halt entschieden hat, dass sie das jetzt so macht und das egal ist,  
212 was wir dann sagen und wir müssen halt mit der Konsequenz, die daraus entsteht,  
213 leben, das ähm macht sowohl die Beziehungsgestaltung zu den Angehörigen  
214 schwierig, als auch zum Bewohner. Das wollte ich nochmal, das viel mir gerade  
215 noch so ein. ((lacht)).

216

217 I: Danke.

218

219 B1: Bitte.

## Interview B2:

1 I: Okay berichte mir bitte zu den nachfolgenden Fragen so ausführlich, wie du  
2 möchtest. Alles, was für dich wichtig ist, ist mir ebenso wichtig. (.) Verstanden?

3

4 B2: Ja

5

6 I: ((lacht)) Okay. Wie sieht das Nikotinverhalten in der Einrichtung aus, wo du deine  
7 Pflegeausbildung absolvierst und wo absolvierst du deine Pflegeausbildung?

8

9 A: Also ich absolviere meine Pflegeausbildung (*geschwärzt*) Greifswald. (.) Ähm,  
10 hier ist, also so wie ich das erlebt habe, ist das Nikotinverhalten ganz unterschied-  
11 lich, abhängig ähm von den verschiedenen Stationen. (.) Ähm, also es gab Statio-  
12 nen, wo tatsächlich viel geraucht wird, wo auch die Pflegenden sag ich mal öfters  
13 in den Pausen runtergehen und rauchen oder auch zwischendurch in der Arbeit  
14 runtergehen zum Rauchen. Dann habe ich aber auch Stationen erlebt, wo an sich  
15 vielleicht auch viele rauchen, aber wo das nicht so üblich war, dass man runter  
16 geht zum Rauchen, da das halt zum einen auch die Stationsleitung nicht so er-  
17 wünscht, und dadurch haben, also dadurch sind sie tatsächlich auch nicht runter-  
18 gegangen oder nur ein paar und auch ganz selten. Und ich habe aber auch schon  
19 Stationen erlebt, wo es auch nicht so viele Raucher gab, (.) beziehungsweise man  
20 hat nichts davon mitgekriegt. Also ich habe die jetzt nicht gefragt, ob die rauchen  
21 oder nicht, aber ich habe das nicht mitgekriegt, dass die irgendwie runtergehen  
22 zum Rauchen, wo das aber auch nicht verboten war, also (.) muss ich sagen, ist  
23 das halt ganz unterschiedlich abhängig von den Stationen.

24

25 I: Okay. Ja. (.) Erzähl mir bitte deine Geschichte bezüglich des Rauchens, von dem  
26 Moment an, als du das erste Mal mit Zigaretten oder ähnlichen nikotinhaltenen Sub-  
27 stanzen in Berührung gekommen bist.

28

29 B2: Also bei mir ist das so, also, dass ich persönlich jetzt nicht geraucht habe oder  
30 das auch gar nicht ausprobiert habe. Und irgendwie habe ich mir jetzt auch da  
31 früher nicht so Gedanken drüber gemacht, also bei mir in der Familie raucht jetzt  
32 auch keiner, ähm. (.) Das erste Mal, wo mir das halt so auffällig wurde, ich weiß  
33 nicht, wann das war, 6. / 7. Klasse, als, wo dann sozusagen meine, also Freunde  
34 oder Klassenkameraden geraucht haben, wo die so aufm Schulhof nicht durften  
35 aber um die Ecke gegangen sind, dann so vorm Schulhof sich versteckt haben vor  
36 den Lehrern und geraucht haben, dass das irgendwie so ein Trend war gefühlt, wo  
37 das jeder gemacht hat (.) oder viele. (.) Mmh, aber ich hatte irgendwie nie das  
38 Bedürfnis jetzt zu Rauchen oder das auch auszuprobieren und dann ist das auch  
39 so gewesen, dass manche das wirklich dann auch nur irgendwie ausprobiert ha-  
40 ben oder nur kurze Zeit gemacht haben, aber dann davon auch schnell wieder  
41 weggekommen sind, muss ich sagen (.) ähm und andere wiederrum bis heute rau-  
42 chen ((lacht)) und damals schon angefangen haben (.) genau. Ähm (.) ja, das wa-  
43 ren so meine ersten Erfahrungen mit Rauchen und Zigaretten. ((lacht))

44

45 I: Okay danke. Wie stehst du zu dem Konflikt, der sich zwischen dem Arbeiten im  
46 Gesundheitsfachberuf Pflege und dem Rauchen auftut?

47

48 B2: Ja, also diesbezüglich ist es ganz schwierig. Also zum einen, kann man ja den,  
49 also sag ich mal den Menschen Pflegenden, nur weil sie Pflegende sind, nicht jetzt  
50 von denen erwarten, dass sie nicht rauchen, sag ich mal, auch nicht trinken oder  
51 wie auch immer, dass sie ein perfektes Vorbild sind, weil berufliches ist ja berufli-  
52 ches und privates ist ja trotzdem privates. (.) Mmh, schwierig ist es halt wirklich  
53 dann nur auf Arbeit finde ich, wie gesagt ich finde, also, wenn man seine Pause  
54 hat, müsste man sie auch so nutzen können, wie man das möchte und wenn mich  
55 das Rauchen einfach mal entspannt oder (.) sag ich mal runterbringt, dann kann  
56 ich das halt nicht, schlecht verbieten. Also wie gesagt, da finde ich das halt auch,  
57 wie bei uns hier in der Einrichtung, dass es so diese Raucherstellen gibt, wo man  
58 hingehen kann, wo man jetzt nicht überall alles verqualmt sozusagen, ganz sinn-  
59 voll (..). Wollen wir Pause machen, solange das fährt? (Störungen im Hintergrund)  
60 Genau wie gesagt, also ich finde es gut, dass es hier diese Raucherpavillons gibt,  
61 ähm, aber ich finde, dass auf manchen Stationen dennoch zu oft runtergegangen

62 wird, weil es ist, also ich finde es persönlich nicht richtig, wenn ich, weiß ich nicht,  
63 eine halbe Stunde Pause vorgeplant habe, aber ungefähr 20 Mal gefühlt in meiner  
64 Schicht ((lacht)) runtergehe zum Rauchen und das dauert ja auch. Und zusätzlich  
65 finde ich, sollte man schon irgendwas so drüber, also Kittel oder irgendwas drüber-  
66 ziehen, damit die Sachen nicht verqualmt sind, weil das ist unangenehm, sowohl  
67 für den, also für die Patienten, als auch, finde ich, für die Mitarbeiter, die nicht  
68 rauchen. Besonders im Winter ist ja, entsteht ja so kalter Rauchgeruch und ja der  
69 ist ja sehr unangenehm, auch für mich persönlich (.) mmh und ich finde, man sollte  
70 natürlich, wenn man hochkommt, dann sich auch die Hände waschen und desinfi-  
71 zieren und dementsprechend halt (.) genau und, dass man halt nichts von diesem  
72 Rauch mitkriegt. Nett wäre vielleicht auch noch ein Kaugummi oder sowas,  
73 ((lacht)) aber jetzt so abhängig davon, wie nahe ich dem Patienten komme, wenn  
74 ich den wasche und drehe und ich komme ja schon sehr nahe an den Patienten  
75 und er riecht das ja auch und ja und ich finde auch man sollte nicht unbedingt, also  
76 so auf so Stationen, wo so Lungenerkrankungen sind oder ähnliches oder ich weiß  
77 nicht (.) mmh, da vielleicht jetzt auch irgendwie rauchen, hochkommen und total  
78 nach Rauch stinken und dann, weiß ich nicht oder in so einer, auf so einer Suchts-  
79 tation, wo vielleicht irgendwelche Suchterkrankungen sind oder so, wo dann auch  
80 jemand die ganze Zeit raucht und das zeigt „guck mal ich rauche und so“ und  
81 vielleicht möchte gerade jemand aufhören, ((lacht)) das dann so unter die Nase zu  
82 reiben ist blöd. Auf jeden Fall so in der normalen Pausenzeit, wo es vorgegeben  
83 ist, kann man das machen, auch an den Orten, wo es vorgeschrieben ist und auch,  
84 dass man sich dann so dementsprechend anzieht und auch danach nicht mehr  
85 stinkt, aber man sollte wie gesagt, das jetzt nicht so missbrauchen und permanent  
86 runtergehen. (.) So dass (..) Ja und wie gesagt verbieten kann man das ja auch  
87 keinem (.) denke ich, so. (.) Das war es zu der Frage. ((lacht))

88

89 I: Was sind für dich die Aufgaben der Pflege und hat das Rauchen von Pflegenden  
90 deiner Meinung nach Auswirkungen auf diese und wenn ja, wie sehen diese Aus-  
91 wirkungen aus?

92

93 B2: Ja also, (..) die Aufgaben der Pflege sind ja natürlich, dass zum einen, das  
94 Pflegen der Patienten natürlich, (.) ähm, aber dazu kommt ja natürlich auch die

95 Beratung und ähm (.) irgendwie auch Anleitung oder, dass man auch so eine Rolle  
96 erfüllt, dass man irgendwie die Patienten vielleicht motiviert zu gewissen Sachen.  
97 (.) Mmh, also vielleicht zum kleinen Teil so, wie so eine Vorbildfunktion hat, wobei,  
98 das auch nur so (.) in Klammern. Aber dennoch, hat man ja so eine (.) beratende  
99 Aufgabe, auf jeden Fall und deshalb ist es ja dann so, dass ähm (..) Rauchen auf  
100 jeden Fall schädlich ist für die Gesundheit (.) und dass auf jeden Fall meiner Mei-  
101 nung nach wünschenswert wäre, für die Personen (.), wenn sie rauchen, damit  
102 aufzuhören oder erst gar nicht damit anzufangen, so persönlich denke ich. (.) Ähm  
103 (.) und wenn dann Personen irgendwelche verschiedenen Krankheiten haben, also  
104 Patienten und ähm (.) die Pflegenden dann diese Patienten beraten und denen  
105 sagen „Rauchen ist schädlich“ ((lacht)), aber selber rauchen, dann wirkt das so  
106 nicht authentisch, weil dann denkt man sich auch als Patient so „ja gut ((lacht)) du  
107 rauchst, warum sollte ich dann nicht rauchen“, so quasi finde ich. Deshalb sollte  
108 man da vielleicht also (.) schon gucken, dass man auch die Sachen, also, wenn  
109 man jetzt wirklich eine stark beratende Funktion erfüllt, dass man auch wirklich  
110 dann nur in den Bereichen berät, die auch vielleicht ein bisschen, so ein Stück  
111 weit, zu einem selbst passen. Wobei, (.) man muss das halt schon wieder trennen,  
112 das berufliche und private, weil beruflich, man kann ja rauchen und man kann ja  
113 trotzdem die Patienten beraten und denen auch sagen, ähm (.) welche Auswirkungen  
114 das hat, welche Folgeschäden das hat und Patienten, das sind ja, sag ich mal,  
115 erwachsene (.) Menschen, die auch selbst in der Lage sind, über sich selbst zu  
116 entscheiden und die müssen das ja dann einschätzen, ob sie dieses Risiko einge-  
117 hen oder nicht. Die können ja jetzt nicht zu einhundert Prozent sagen „oh du  
118 rauchst, du bist Pflegekraft, wenn du rauchst, dann kann ich das auch machen“,  
119 weil man, also, jeder ist ja für sich selbst verantwortlich im Endeffekt. (.) Deshalb  
120 denk ich halt, die Auswirkungen im Prinzip, die es darauf hat, sind zum einen, dass  
121 man, wie gesagt (.) dann sich als Patient denkt „Okay gut die Person machts nicht,  
122 aber sie ist aus dem Gesundheits(.)beruf und wenn es so schlimm wäre, würde die  
123 das auch nicht machen“, dass man das vielleicht nicht ernst nimmt die Beratung,  
124 aber andererseits denke ich mir, (.) man sollte das trennen. Wie gesagt, es sind  
125 erwachsene Menschen, die für sich selbst entscheiden, die für ihr Leben, für ihre  
126 Gesundheit entscheiden, deshalb denke ich (..) ähm hat das Rauchen (.) vielleicht  
127 eine kleine Auswirkung, aber es ist jetzt nicht so, dass wenn irgendwie Pflegende,  
128 die rauchen, schlechter in der Beratung sind, schlechter ihre Aufgaben erfüllen, als  
129 Pflegende, die nicht rauchen. (.) Auch (.) jetzt auch im Bezug zum Beispiel auch

130 auf Pausen gesehen, nur weil jemand raucht, kann er seine Aufgaben auf Station,  
131 auch wenn er runtergeht sag ich mal, dennoch genauso gut und auch in der Zeit  
132 erfüllen, wie jemand anders, der nicht raucht und der vielleicht seine Zeit anders  
133 verdödelt. Also das Rauchen, ((lacht)) das Rauchen finde ich, hat nur so ganz  
134 kleine Auswirkungen, also meiner Meinung nach.

135

136 I: Okay.

137

138 B2: Ja (.) so das war es. ((lacht))

139

140 I: Hat das Rauchen von Pflegenden deiner Meinung nach Auswirkungen auf die  
141 professionelle Beziehungsgestaltung zwischen rauchenden Pflegenden und Pati-  
142 enten? Wenn ja, wie sehen diese aus?

143

144 B2: (..) Ähm (..) also professionelle Beziehungsgestaltung. (...) Mmh, also erstmal  
145 allgemein finde ich, so rauchende Pflegende und Patienten, (.) also ich persönlich  
146 habe es einfach nicht erlebt, dass jetzt, aufgrund von rauchen irgendwie die pro-  
147 fessionelle oder allgemein die Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden, we-  
148 der schlechter noch besser wurde. ((lacht)) Also (.) mmh (..) weil meistens, wenn  
149 man dann auf Station ist und, sag ich mal, wie gesagt, die Patienten berät oder so,  
150 (.) kann man natürlich sagen „ich rauche“, aber (.) man sagt, also, ich weiß nicht,  
151 ob das irgendwie zum (..) also ob da jetzt wirklich drüber geredet wird, ich hab nie  
152 erlebt, dass dann darüber geredet wurde. Wenn man so private Sachen erzählt  
153 und einfach nur zwischenmenschliche Beziehung aufbaut und der Patient vielleicht  
154 runter gehen darf zum Rauchen und die Pflegenden runtergehen dürfen, dann zu-  
155 sammen runtergehen, eine rauchen gemeinsam ((lacht)), vielleicht entstehen  
156 dadurch Kommunikation und man hat so, kommt auf eine lockere Basis. Aber auf  
157 die professionelle Beziehungsgestaltung hat es, meiner Meinung nach, keine Aus-  
158 wirkung, ob (.) die Pflegenden nun rauchen oder nicht rauchen, muss ich ehrlich

159 sagen. (...) Ja (.) da (.) meintest du das mit der Frage oder soll ich da irgendwie  
160 jetzt noch? (.) Okay.

161

162 I: Sag, was dir zu dieser Frage einfällt.

163

164 B2: Okay.

165

166 I: Oder hattest du noch eine Frage zu dieser Frage? ((lacht))

167

168 B2: Nein so professionelle Beziehungsgestaltung, auf welche, auf welcher Ebene  
169 denn jetzt? Im Bezug zur Beratung, wie die Aufgaben (Auf alles), okay.

170

171 I: Vielleicht auch die Wahrung von Nähe und Distanz.

172

173 B2: (...) Nein, da denk ich (.) also ich finde, das hat keine Auswirkungen, (.) wie  
174 gesagt. Also es hat nur, also so jetzt zusammenfassend auf alles bezogen, ich  
175 finde, dass so mit dem Rauchen, das muss einfach jeder für sich selbst wissen  
176 und das halt die größte Auswirkung auf mich selbst als Person, (.) aber ich finde  
177 das hat jetzt nicht so eine große. Aber wie gesagt, das wäre was anderes, wenn  
178 es wie zu damaliger Zeit vielleicht auf Station geraucht worden wäre und dann das  
179 wirklich auch andere Leute gestört hätte und so. Und heutzutage ist das ja nicht  
180 so. Im Gebäude raucht man ja nicht, man macht das wie gesagt draußen (.) und  
181 dadurch denke ich, hat es auf die professionelle Beziehungsgestaltung keine Aus-  
182 wirkungen. Aber natürlich wirkt jemand, der nicht raucht und der eine gesunde Le-  
183 bensweise hat und jemanden berät viel authentischer und kann das auch viel bes-  
184 ser rüberbringen, warum und welche positiven Auswirkungen das hat, als jemand  
185 der ungesunden Lebensstil führt und dann sagt „das und das ist besser, das ist  
186 besser, das ist besser“ und man selber lebt das ja gar nicht, also kann man das ja

187 nicht so nachempfinden und dann ist es schwer, jemand anderen zu erklären, dass  
188 das vielleicht wirklich sinnvoller wäre oder was die Vorteile sind. (.) Also das finde  
189 ich halt dann (.) ist halt der einzige negative Aspekt, aber sonst (..) hat es, meiner  
190 Meinung nach, nicht solche großen Auswirkungen. (.) Okay.

191

192 I: Du hattest ja vorhin den kalten Rauch angesprochen und dass die Kleidung dann  
193 ja danach stinkt. Denkst du das hat Auswirkungen auf die Patienten, also der Ge-  
194 ruch oder (.)?

195

196 B2: Ja das denke ich schon, weil (.) ich glaube, (.) dieser unangenehme Geruch,  
197 (.) also vor allem, wenn man selbst nicht raucht und man dann da hin geht und wie  
198 gesagt, die Patienten wäscht, dreht oder einfach so mit den unterhält und dann  
199 von mir so ein unangenehmer Geruch kommt, dann sagen die Patienten auch  
200 „Können Sie bitte vielleicht gehen?“ ((lacht)) oder „Sie riechen nicht gut“ oder weiß  
201 ich nicht, (.) vielleicht melden Sie sich dann auch nicht so oft, weil sie nicht von  
202 diesem (.) Pfleger oder Pflegerin betreut werden möchten. Weil, also wenn sie ir-  
203 gendwas brauchen, melden sie sich vielleicht nicht so oft, weil sie dann denken  
204 „och ne, der riecht nicht so gut“ ((lacht)), das ist nicht so, weiß ich nicht, (.) aber  
205 ich glaube, also wie gesagt, es ist ja unangenehm. (..) Ja.

206

207 I: Okay, Dankeschön.

208

209 B2: Okay.

### Interview B3:

1 I: Berichte mir bitte zu den folgenden Fragen so ausführlich, wie du möchtest. Al-  
2 les, was für dich wichtig ist, ist auch für mich wichtig.

3 In welchem Ort absolvierst du deine Ausbildung und wie sieht dort das Nikotinver-  
4 halten aus?

5

6 B3: Ich absolviere meine Ausbildung (*geschwärzt*) in Stralsund. Und das Nikotin-  
7 verhalten (.) würde ich als doch sehr ausgeprägt bezeichnen. Also (.) aus meiner  
8 Sicht, (.) raucht ein Großteil der Mitarbeiter. (...) Ja so genau beziffern kann ich  
9 das nicht, aber (.) ich denke mal ein Großteil raucht.

10

11 I: Auch in den Pausen oder (Hintergrundgeräusche), also in den Pausen oder auch  
12 in der Arbeitszeit? Oder (.)

13

14 B3: Also sowohl als auch. Sowohl in der Arbeitszeit, als auch in den Pausen. (.)  
15 Ähm, obwohl das auch häuserabhängig ist. Also in dem Träger, wo ich arbeite, da  
16 gibt es verschiedene Häuser, die ähm (.), ich sag mal räumlich gesehen, auf einem  
17 Platz verteilt sind und selbst zwischen diesen Häusern gibt es da Unterschiede. Es  
18 gibt den Unterschied, dass in dem einen Haus nur in den Pausen geraucht wird  
19 und in anderen Häusern, wo auch die Vorgesetzten Raucher sind, ist das ganze  
20 natürlich ein bisschen legerer gehalten. Also da wird dann auch in der Arbeitszeit  
21 geraucht. (.) Mmh, nichts desto trotz muss natürlich die Arbeit geschafft werden,  
22 es darf nichts liegen bleiben, aber das kommt wohl vor. Also, dass während der  
23 Arbeitszeit geraucht wird und nicht nur in den Pausen. (.) Ja.

24

25 I: Dann erzähl mir bitte deine Geschichte bezüglich des Rauchens, von dem Mo-  
26 ment an, wo du das erste Mal mit nikotinhaltigen Substanzen in Berührung gekom-  
27 men bist.

29 B3: Angefangen mit dem Rauchen hat das bei mir, in der (.) ja ich (unv.) jetzt frühen  
30 Jugendzeit, so mit 14. Dass ich so das erste Mal eine Zigarette geraucht habe, (.)  
31 das ging eigentlich los mit Kumpels. So dieses ganz typische, man hat zusammen-  
32 gesessen und dann ja wurde das dann halt mal probiert. Im Laufe der Jahre hat  
33 sich das eigentlich, dann erst so verstärkt. (.) Also es war halt nicht so, dass ich  
34 die erste Zigarette geraucht habe und ab dann habe ich losgelegt und habe eine  
35 Schachtel am Tag geraucht. Nein das war wirklich eher so, dass sich das so über  
36 2 Jahre hingezogen hat, dass das dann mal so gelegentlich war. Dann kam nach-  
37 her das Feiern mit hinzu, dann wurden (.) dann habe ich geraucht, wenn ich was  
38 getrunken habe, wenn ich feiern war am Wochenende. Irgendwann ist es dann  
39 dazu gekommen, dass ich auch in der Woche geraucht habe. (.) Dann war es ir-  
40 gendwann so, dass meine Eltern auch nicht mehr so das Problem damit hatten  
41 oder was heißt, nicht mehr so das Problem, also das Problem hatten sie eigentlich  
42 (.) ähm bis zu dem Tag, wo ich gesagt habe „so ich rauche nicht mehr, ich möchte  
43 aufhören“. Ähm (...), aber es, sie haben es, ich sag mal akzeptiert, dass ich nun  
44 halt einfach rauche und haben da kein, (.) kein Konflikt mehr vom Zaun gebrochen.  
45 (.) Ja das zog sich dann eigentlich so durch die gesamte (.) Abitur- und dann auch  
46 Ausbildungs- und Studienphase. Bis vor Kurzem, ich für mich einfach festgestellt  
47 habe, dass ich aufhören möchte. Das war eigentlich durch so eine ganz banale  
48 Situation, dass ich ähm (.) am Morgen aufgewacht bin und das erste Mal eigentlich  
49 so richtigen Raucherhusten hatte und ähm (.) dass ich mir an diesem Morgen dann  
50 gesagt habe „so jetzt musst du deine Lunge erstmal ein bisschen schonen, jetzt  
51 rauchst du so einfach mal nicht“. Ich habe dann auch den Tag über nicht geraucht,  
52 (.) hatte dann am nächsten Tag doch nochmal wieder ein bisschen Husten und  
53 habe gesagt „ach lässt es einfach mal bleiben, weiterhin“, (.) ja und so hat sich das  
54 dann (.) relativ zügig (.) herauskristallisiert, dass ich das eigentlich gar nicht brau-  
55 che. Ähm,(.) ja und dann war für mich die Sache eigentlich schon wieder geges-  
56 sen.

57

58 I: Hast du denn schon öfter versucht aufzuhören mit dem Rauchen?

59

60 B3: Ähm, (...) ja und nein würde ich ganz ehrlich sagen. Weil, es war noch nie so  
61 ein wirklicher Moment, wo ich gesagt habe ich möchte definitiv aufhören, also ich  
62 habe zwar häufiger schon mal gesagt, ich möchte jetzt für eine Zeit lang nicht rau-  
63 chen, aber so dieses, dass ich absolut gesagt habe „so ich will nicht mehr und ich  
64 mach das auch nicht mehr“ oder so, das gab es eigentlich nicht bis vor Kurzem,  
65 wie gesagt. (.) Ähm, jetzt bin ich da relativ klar auch in meiner Entscheidung, aber  
66 ansonsten war das immer mehr so ein „Naja machst du das jetzt für ein paar Tage  
67 nicht oder machst du das auch mal für eine Woche nicht“, aber es war nie so klar  
68 bildlich, (..) dass ich sage „ich möchte wirklich aufhören“.

69

70 I: Okay. Wie stehst du denn zu dem Konflikt, der sich zwischen dem Arbeiten im  
71 Gesundheitsfachberuf Pflege auftut und dem Rauchen?

72

73 B3: Ja, an und für sich ist es natürlich schon ein Paradoxon, gerade so Menschen,  
74 die im Gesundheitsbereich arbeiten, die ja, (.) da geht man davon aus, alle sehr  
75 gut Bescheid wissen über die Folgen des Rauchens. Was es mit dem Körper an-  
76 richtet, was es mit der Leistungsfähigkeit anrichtet sowohl körperlich, als auch kog-  
77 nitiv. Mal ganz davon abgesehen, was im späteren Verlauf da auch hinzukommen  
78 kann ähm gesundheitlich. Ähm, anders wiederum glaube ich, ist es für viele Men-  
79 schen auch eine Kopfstrategie. Also einfach eine Strategie, um zu schauen, wie  
80 kann ich Stress bewältigen, wie kann ich Konflikte bewältigen ähm und dann so  
81 ein, ähm ja, so eine gewisse (.), ähm ich will nicht sagen Gruppenzwang, aber ein  
82 gewisses Herdenverhalten ist es glaube ich einfach. Dass im Gesundheitsbereich  
83 halt generell irgendwie sowieso schon viele rauchen und es aufgrund dessen auch  
84 nicht weniger werden, halt weil auch schon so viele rauchen, dass viele halt auch  
85 noch wieder mit reingezogen werden. Das könnte ich mir jedenfalls ganz gut vor-  
86 stellen. Ja und dann einfach zur Bewältigung (.) des Arbeitsaufwandes, dass das  
87 damit einfach gemacht wird, beziehungsweise, dass sich da durch das Rauchen  
88 in der ein oder anderen Einrichtung auch Pausen geschaffen werden, die vielleicht  
89 sonst nicht da wären.

90

91 I: Was sind für dich die Aufgaben der Pflege und werden die durch das Rauchen  
92 beeinflusst? Wenn ja, wie?

93

94 B3: Mmh, für mich sind die Aufgaben der Pflege im Großen und Ganzen, dass es  
95 den Patienten gut geht oder den Bewohnern, oder Klienten oder (unv., Hinter-  
96 grundgeräusche, etwas fällt runter) auch immer erleben möchte, und dass er pfle-  
97 gerisch (.) gut versorgt ist. Und mit pflegerisch gut versorgt, ähm einfach, dass  
98 seine kompletten Grundbedürfnisse abgedeckt sind, ähm dass er Unterstützung  
99 dort erhält, wo ihm die Ressourcen einfach fehlen. Ähm, das macht für mich Pflege  
100 aus. Also, dass man diese Ressourcen erkennt und dementsprechend Maßnah-  
101 men einleitet. (.) Ähm, ich glaube nicht, dass es einen Zusammenhang damit gibt,  
102 dass man eine schlechtere Pflegekraft ist, wenn man raucht, das glaube ich nicht.  
103 Ähm, weil das Zeigen von Empathie und ähm fachliche Kompetenz drückt sich ja  
104 nicht darin aus, ob man jetzt nun raucht oder nicht. Sicherlich kann man sagen,  
105 ähm, jemand der nicht raucht, ähm, ist sich dem vielleicht bewusster, was es mit  
106 sich und seinem Körper macht und hat vielleicht auch eine bessere Vorbildfunk-  
107 tion, als jemand, der raucht und vielleicht dann, ich sag mal, auf einer kardiologi-  
108 schen Station arbeitet. (.) Ähm an und für sich kann ich mir halt einfach nur vor-  
109 stellen, dass es unangenehm für Patienten ist. Wenn jemand gerade von der  
110 Pause oder wie auch immer, gerade vom Rauchen wiederkommt, (.) nach kaltem  
111 Rauch riecht, (.) manche Menschen sind da ja auch empfindlicher, als andere, die  
112 riechen das auch an der Kleidung, obwohl der Raucher vielleicht sagt „Menschens-  
113 kinder ich hab gerade ein Pfefferminzbonbon eingeworfen und die Hände gewa-  
114 schen und eigentlich riecht man das doch gar nicht mehr“, mmh, das könnte ich  
115 mir vorstellen, dass das halt als unangenehm empfunden wird von Patienten. Ähm,  
116 aber dass, oder dass jetzt direkt fachliche Auswirkungen hat, glaube ich nicht.

117

118 I: Wo du das gerade mit dem kalten Rauch ansprichst. Denkst du, dass (.) die  
119 Beziehungsgestaltung zwischen den rauchenden Pflegenden und den Patienten  
120 irgendwie dadurch beeinflusst wird? Und wenn ja, wie kann das aussehen?

121

122 B3: Mmh (.) , also ich könnte mir halt insbesondere vorstellen, dass es halt negativ  
123 aufgefasst wird, wenn man jetzt jemanden oder einen Patienten hat, der ähm (.) ja  
124 das überhaupt nicht riechen kann, vielleicht auch sehr empfindlich ist, was das  
125 angeht und ähm auch ähm ein großer Gegner auch vielleicht des Rauchens ist, (.)  
126 dass der damit ja größere Probleme hat und das dann auch auf die Person um-  
127 münzt und vielleicht dann auch gestresster wirkt, gereizter wirkt oder vielleicht  
128 auch generell einfach schon mal (.) , ich sag mal, schlechter zu sprechen ist auf die  
129 Pflegekraft. Dass die Pflegekraft es durchaus schwieriger hat dort überhaupt eine  
130 Art Beziehung aufzubauen, weil der Patient von vornherein schon sagt „(unv.) der  
131 stinkt“. (räuspern). Das es dann zu Problemen kommen kann (räuspern). (..) mmh,  
132 könnte mir auch vorstellen, dass es durchaus den ein oder anderen Fall gibt, wo  
133 es auch mal positiv ist, ähm wo es auch Raucher gibt, die sagen „Oh du warst  
134 gerade eine rauchen, ich würde auch gern mal eine rauchen gehen“ oder irgend-  
135 wie so, sodass man dadurch vielleicht ins Gespräch kommen kann. Also ich könnte  
136 mir vorstellen da gibt es auch wieder positive Parallelen. Ähm im Großen und Gan-  
137 zen glaube ich aber eher, dass es dem Patienten (...) ähm ja, dass es die Patienten  
138 negativ empfinden, wenn jemand nach kaltem Rauch riecht, als dass das positiv  
139 ist. Und dass daher auch eher negativ ist für die Beziehungsgestaltung als positiv.

140

141 I: Okay, das wäre meine letzte Frage gewesen. Hast du noch irgendwelche Fra-  
142 gen? Oder Anmerkungen?

143

144 B3: (.) Nein, eigentlich nicht.

145

146 I: Gut, dann vielen Dank.

147

148 B3: Dankeschön.

**Interview B1:**

| <b>Gegenstand der Analyse<br/>(Fragestellung)</b> | <b>Paraphrase</b>                                                                                                                | <b>Generalisierung</b>                                        | <b>Zusammenfassung<br/>(Kategorie/<br/>Subkategorie)</b>                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nikotinverhalten<br>in eigener Einrichtung        | Zirka 50 Prozent aller Beschäftigten in der Pflege und im Service rauchen (Zeile 4f).                                            | Raucherprävalenz liegt subjektiv empfunden bei 50 %           | 1) Nikotinverhalten Einrichtung<br>- Hohe Raucherprävalenz<br>- Umverteilung der Bedürfnisbefriedigung<br>- Einhaltung des Nichtraucherschutzes<br>- Kommunikationsförderung |
|                                                   | Man kann aber nicht differenzieren, ob es mehr die jüngere oder die ältere Generation betrifft, es ist gut vermischt (Zeile 6f). | Differenzierte Darstellung der Altersverteilung nicht möglich |                                                                                                                                                                              |
|                                                   | Die Pausen werden von den Rauchenden komplett zum Rauchen genutzt und nicht zum Essen (Zeile 8f).                                | Rauchen wird anderen Bedürfnissen vorangestellt               |                                                                                                                                                                              |
|                                                   | Es wird draußen, in einem Raucherbereich geraucht (Zeile 10).                                                                    | Nichtraucherschutz durch abgetrennten Bereich                 |                                                                                                                                                                              |
|                                                   | Man erfährt, was in den anderen Wohnbereichen                                                                                    | Rauchen wirkt Kommunikationsfördernd                          |                                                                                                                                                                              |

|                                           |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           | passiert (Zeile 10f)                                                                                                                                                                             |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Persönliche Geschichte bzgl. des Rauchens | Ich habe das erste Mal mit 14 Jahren, zusammen mit meiner Cousine, geraucht. Sie durfte zu Hause nichts machen, ist dann immer völlig ausgeflippt und wollte unbedingt rebellieren (Zeile 21ff). | Erster Kontakt mit Zigaretten im Jugendalter;<br>Gründe sind z. B. Rebellion gegenüber den Eltern, Neugierde, strenge Regeln | 2) Eigenes Rauchverhalten<br>- Erster Kontakt im Jugendalter<br>- Leichte Zugänglichkeit für Jugendliche<br>- Mögliche Gründe für den Rauchbeginn:<br>Neugierde, Gruppenzwang, Rebellion gegenüber den Eltern, strenge Regeln<br>- Beeinflussung des Konsumverhaltens<br>- Erfolg der Rauchstopp-Versuche<br>- Anreiz zum Rauchstopp |
|                                           | Sie wollte unbedingt rauchen und dann sind wir nachts zum Zigarettenautomaten gelaufen und haben uns eine Schachtel gekauft (Zeile 24ff).                                                        | Leichter Zugang zu nikotinhaltigen Substanzen am Zigarettenautomaten                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                           | Ich habe eine ganze Weile nicht geraucht und dann im Freundeskreis mit zirka 15 Jahren richtig anfangen zu rauchen. Alle haben geraucht, also habe ich mitgeraucht (Zeile 27ff).                 | Durch vermeintlichen Gruppenzwang anfangen zu rauchen                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |  |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Persönliche Geschichte bzgl. des Rauchens | <p>Zwischendurch habe ich mit Akupressur versucht mit dem Rauchen aufzuhören. Das lief zirka zwei Monate gut, aber die Akupressur-Punkte am Ohr haben gedrückt, sodass ich nicht richtig schlafen konnte. Und durch die Schlafprobleme habe ich dann wieder angefangen zu rauchen. Erst ganz heimlich, weil die Scham zu groß war, dass ich es nicht durchgehalten habe (Zeile 29ff).</p> | <p>Rauchstopp- Versuch mit alternativer Therapie ist gescheitert; Scham bei fehlendem Durchhaltevermögen</p> |  |
|                                           | <p>Mein Rauchverhalten ist aber sehr unterschiedlich, wenn ich z. B. krank bin rauche ich weniger oder gar nicht und in Prüfungszeiten mehr (Zeile 44ff).</p>                                                                                                                                                                                                                             | <p>Beeinflussung des eigenen Konsumverhaltens durch z. B. Stress</p>                                         |  |

|                                                                               |                                                                                                                                                                                         |                                                                                  |                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                               | Ich habe keinen Anreiz mit dem Rauchen aufzuhören (Zeile 62f)                                                                                                                           | Fehlender Anreiz zum Rauchstopp                                                  |                                                                                                                                                                  |
| Konflikt zwischen dem Arbeiten im Gesundheitsfachberuf Pflege und dem Rauchen | Es stellt einen Zwiespalt dar, wenn ich im Gesundheitswesen rauche und Krankheiten lindern und Gesundheit fördern möchte (Zeile 57ff).                                                  | Rauchen stellt einen Konflikt besonders in Bezug auf die Aufgaben der Pflege dar | 3) Konflikt: Arbeiten in der Pflege & Rauchen<br>- Bzgl. der Aufgaben der Pflege<br>- Beeinflussung der Authentizität der Pflegenden<br>- Hinnahme des Konflikts |
|                                                                               | Dann kann man mich auch gar nicht ernst nehmen (Zeile 76f).                                                                                                                             | Rauchen beeinflusst die Authentizität der Pflegenden                             |                                                                                                                                                                  |
|                                                                               | In meiner Einrichtung gibt es auch Kollegen, die zwar rauchen, aber nicht während der Arbeitszeit, sondern erst danach, damit die Pflegebedürftigen das nicht mitbekommen (Zeile 78ff). | Das Rauchen wird von einigen Pflegenden vor Pflegebedürftigen verheimlicht       |                                                                                                                                                                  |
|                                                                               | Ich weiß, dass es einen Zwiespalt darstellt, aber ich nehme das                                                                                                                         | Konflikt wird hingenommen                                                        |                                                                                                                                                                  |

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                              | einfach so hin<br>(Zeile 81f).                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden | Aufgaben der Pflege sind: die Gesundheit zu fördern, Leiden zu minimieren, bei der Heilung von Krankheiten beitragen, indem die Auswirkungen geringgehalten werden und deshalb präventive Maßnahmen zu ergreifen (Zeile 93ff). | Förderung der Gesundheit, Wiederherstellung der Gesundheit, Verhinderung von Krankheiten, Minimierung von Leiden | 4) Aufgaben der Pflege <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laut International Council of Nurses</li> <li>- Beratung</li> <li>- Auswirkungen auf die Aufgaben der Pflege durch das Rauchen der Pflegenden <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Werden bezweifelt</li> <li>➤ Persönliche Auswirkungen werden bezweifelt</li> <li>➤ Beeinträchtigung durch Krankheitserscheinungen des Rauchens</li> <li>➤ Durch Rauchen</li> </ul> </li> </ul> |
|                                                                              | Ich bezweifle, dass das Rauchen der Pflegenden direkte Auswirkungen auf die Aufgaben der Pflege hat (Zeile 97f).                                                                                                               | Auswirkungen auf die Aufgaben der Pflege durch das Rauchen der Pflegenden werden bezweifelt                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                              | Natürlich kann jemand, der schon Krankheitserscheinungen hat, wie starken und häufigen Husten und Luftnot, seine Aufgaben nicht so ausführen, wie es                                                                           | Beeinträchtigung der Ausführung der Aufgaben durch Krankheitserscheinungen des Rauchens                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                              |                                                                                                                           |                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden | sein sollte (Zeile 98ff).                                                                                                 |                                                            | <p>in der Arbeitszeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gesundheitliche Folgen für Pflegebedürftige sind unbekannt</li> <li>➤ Suchtverlagerung</li> <li>- Tabakprävention durch Nichtraucher</li> </ul> |
|                                                                              | Ich sehe für mich keine Auswirkungen, die mich in meiner Arbeit beeinträchtigen (Zeile 102f).                             | Keine Auswirkungen auf persönliche Arbeitsweisen           |                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                              | Das Einzige, was öfter vorkommt ist, dass Raucherpausen überzogen werden und Arbeitszeit eingespart wird (Zeile 103ff).   | Arbeitszeit wird zum Rauchen genutzt                       |                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                              | Ich weiß nicht, welche gesundheitlichen Auswirkungen mein Nikotinatum auf die Pflegebedürftigen hat (Zeile 105ff).        | Gesundheitliche Folgen für Pflegebedürftige sind unbekannt |                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                              | Zu den Aufgaben der Pflege gehört auch die Beratung (Zeile 147f).                                                         | Beratung als Aufgabe der Pflege                            |                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                              | Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ehemalige Raucher kritischer sind als Personen, die nie geraucht haben (Zeile 150f). | Ehemalige Raucher sind kritischer                          |                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--|
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden | Ich musste als Raucher Beratungen zur Tabakprävention in der Suchtambulanz durchführen und fand das immer sehr schwierig (Zeile 154ff).                                                                                                                                               | Beratung zur Tabakprävention als Raucher schwierig   |  |
|                                                                              | Ich war immer der Einstellung, dass Klienten, die so viele Abhängigkeiten haben und es wohlmöglich schon geschafft haben mit dem konsumieren einer Substanz aufzuhören, dass man ihnen wenigstens das Rauchen lassen sollte, damit es zu keiner Suchtverlagerung kommt (Zeile 160ff). | Suchtverlagerung möglich                             |  |
|                                                                              | Ich hätte es besser gefunden, wenn jemand die Beratung zur Tabakprävention durchgeführt hätte der nicht raucht, weil                                                                                                                                                                  | Tabakprävention durch ehemalige oder Niemals-Raucher |  |

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                             |                                                 |                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden                                                            | derjenige eher dahintersteht (Zeile169f) und ehemalige Raucher könnten den Betroffenen vielleicht anders motivieren und auch in Bezug auf Copingstrategien und der Rückfallprophylaxe beraten (Zeile188ff). |                                                 |                                                                                                                                                                                                   |
| Professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und dessen Beeinflussung durch das Rauchen von Pflegenden | Es bestehen Auswirkungen auf die professionelle Beziehungsgestaltung durch das Rauchen von Pflegenden (Zeile 113).                                                                                          | Es bestehen Auswirkungen                        | 5) Auswirkungen auf die professionelle Beziehungsgestaltung zum Pflegebedürftigen durch das Rauchen                                                                                               |
|                                                                                                                                         | Für Pflegebedürftige, die nie geraucht haben oder den Geruch von kaltem Rauch unangenehm finden kann sich eine Beziehung schwieriger entwickeln (Zeile 113ff).                                              | Negative Auswirkungen durch unangenehmen Geruch | <ul style="list-style-type: none"><li>- Geruch des kalten Rauchs</li><li>- Rauchende Pflegebedürftige</li><li>- Abhängig von der Individualität des Pflegebedürftigen, von Angehörigen,</li></ul> |
|                                                                                                                                         | Ich kenne auch ein Beispiel aus meinem                                                                                                                                                                      |                                                 |                                                                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                                                       |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <p>Professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und dessen Beeinflussung durch das Rauchen von Pflegenden</p> | <p>Praktikum in der Klinik, da war ein Patient, der jemand anderen zur Pflege haben wollte, weil er den Geruch nicht abkonnte (Zeile 119f).</p>                          |                                                                                       | <p>Vorgesetzten</p> |
|                                                                                                                                                | <p>Andererseits gehen wir auch oft mit Bewohnern, die rauchen, zusammen raus, um gemeinsam zu rauchen, was auch zu einer Beziehungsgestaltung beiträgt (Zeile 123f).</p> | <p>Positiv bei rauchenden Pflegebedürftigen</p>                                       |                     |
|                                                                                                                                                | <p>Besonders bei dementiell erkrankten Bewohnern, damit sie in Gesellschaft sind. Sie genießen das und freuen sich, dass sie in Gesellschaft sind (Zeile 125ff).</p>     |                                                                                       |                     |
|                                                                                                                                                | <p>Das Rauchen hat sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die</p>                                                                                            | <p>Auswirkungen in Abhängigkeit von der Individualität des Pflegebedürftigen, von</p> |                     |

|                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                         |                              |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| Professionelle<br>Beziehungsge-<br>staltung zwischen<br>Pflegenden und<br>Pflegebedürftigen<br>und dessen Be-<br>einflussung durch<br>das Rauchen von<br>Pflegenden | Beziehungsge-<br>staltung, je nach<br>Individualität des<br>Pflegebedürftigen<br>und in Abhängig-<br>keit von den An-<br>gehörigen und<br>der Einrichtungs-<br>leitung (Zeile<br>133f). | Angehörigen,<br>Vorgesetzten |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|

**Interview B2:**

| <b>Gegenstand der Analyse<br/>(Fragestellung)</b> | <b>Paraphrase</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Generalisierung</b>                                             | <b>Zusammenfassung<br/>(Kategorie/<br/>Subkategorie)</b>                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nikotinverhalten<br>in der eigenen<br>Einrichtung | Ich habe erlebt,<br>dass es hier ganz<br>unterschiedlich ist<br>und von den Sta-<br>tionen abhängt.<br>Es gibt Stationen<br>wo viel geraucht<br>wird, sowohl in<br>den Pausen als<br>auch während der<br>Arbeitszeit. Dann<br>gibt es Stationen<br>wo vielleicht auch<br>viel geraucht<br>wurde, aber es<br>war nicht so üb-<br>lich, dass wäh-<br>rend der Pausen<br>oder Arbeitszeit<br>geraucht wurde.<br>Und es gibt Stati-<br>onen wo es gar<br>keine oder nicht<br>viele Raucher gibt<br>(Zeile10f). | Unterschiedliche<br>Nikotinverhalten,<br>von Station ab-<br>hängig | 1) Nikotinverhal-<br>ten Einrich-<br>tung<br>- Unterschied-<br>lich<br>- Abhängig<br>von Station,<br>Stationslei-<br>tung<br>- Einhaltung<br>des Nicht-<br>raucher-<br>schutzes |
|                                                   | Das ist auch von<br>der Stationslei-<br>tung abhängig<br>(Zeile 16f).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Von Stationslei-<br>tung abhängig                                  |                                                                                                                                                                                 |

|                                             |                                                                                                                                               |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nikotinverhalten in der eigenen Einrichtung | Es gibt Raucherstellen, damit man nicht alles verqualmt (Zeile 57f).                                                                          | Nichtraucher-schutz durch abgetrennten Bereich                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Persönliche Geschichte bzgl. des Rauchens   | Ich habe nie geraucht und auch nie ausprobiert (Zeile 29f).                                                                                   | Niemals geraucht                                                 | 2) Eigenes Rauchverhalten <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niemals-raucher</li> <li>- Erster Kontakt im Jugendalter</li> <li>- Mögliche Gründe: Gruppenzwang, Trendverhalten, soziales Umfeld</li> <li>- Nichtraucher-schutz</li> <li>- Jugend-schutz</li> </ul> |
|                                             | Ich habe mir früher nie darüber Gedanken gemacht, weil auch niemand aus meiner Familie geraucht hat (Zeile 31f).                              | Kein Konsument in der Familie                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                             | Das erste Mal wurde mir das in der sechsten oder siebenten Klasse bewusst, als Freunde und Klassenkameraden anfangen zu rauchen (Zeile 32ff). | Erster Kontakt im Jugendalter durch Freunde und Klassenkameraden |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                             | Auf dem Schulhof durften sie nicht rauchen und haben sich denn um die Ecke vor den Lehrern versteckt (Zeile 34f).                             | Nichtraucher-schutz; Jugend-schutz                               |                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                               |                                                                                                                                                                   |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Persönliche Geschichte bzgl. des Rauchens                                     | Das Rauchen war gefühlt ein Trend und es hat jeder gemacht. Aber ich hatte nie das Bedürfnis es auszuprobieren (Zeile 36ff).                                      | Rauchen als Trend; Gruppenzwang             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Konflikt zwischen dem Arbeiten im Gesundheitsfachberuf Pflege und dem Rauchen | Ich finde es diesbezüglich ganz schwierig (Zeile 48).                                                                                                             | Schwierigkeit Auswirkungen festzustellen    | 3) Konflikt: Arbeiten in der Pflege & Rauchen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feststellung der Auswirkungen</li> <li>- Erwartungen an die Pflege</li> <li>- Trennung berufliches von privatem</li> <li>- Pausengestaltung</li> <li>- Rauchverbote</li> <li>- Funktionalität des Rauchens: Entspannung, Ruhe</li> <li>- Nichtraucherchutz</li> <li>- Schutz vor Tertiärrauch</li> </ul> |
|                                                                               | Nur weil sie Pflegende sind, kann man ja nicht von denen erwarten, dass sie ein perfektes Vorbild sind und nicht rauchen, kein Alkohol trinken etc. (Zeile 49ff). | Hohe Erwartungen an Pflegende nicht richtig |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                               | Berufliches ist berufliches und privates ist privates (Zeile 51f).                                                                                                | Trennung berufliches von privatem           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                               | Wenn man seine Pause hat, sollte man diese auch nutzen können, wie man möchte (Zeile 53f).                                                                        | Selbstständige Pausengestaltung             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                               | Man kann einem das Rauchen ja auch nicht                                                                                                                          | Keine Möglichkeit eines Rauchverbots;       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                               |                                                                                                                                                              |                                                                        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|
| Konflikt zwischen dem Arbeiten im Gesundheitsfachberuf Pflege und dem Rauchen | verbieten, wenn es einen entspannt oder runterbringt (Zeile 55f).                                                                                            | Funktionalität des Rauchens: Entspannung, Ruhe                         |  |
|                                                                               | Ich finde es gut, dass es hier Raucherstellen gibt, damit man nicht alles verqualmt (Zeile 57f).                                                             | Nichtraucher-schutz durch abgetrennten Bereich                         |  |
|                                                                               | Ich fände es sinnvoll, wenn sich die Raucher einen Kittel o. ä. überziehen, damit die Kleidung etwas vor dem unangenehmen Geruch geschützt wird (Zeile 65f). | Kleidungswechsel und andere Maßnahmen zum Schutz der Pflegebedürftigen |  |
|                                                                               | Neben dem Kleidungsschutz sollten sich die Raucher auch die Hände waschen, desinfizieren und etwas gegen den Geruch aus dem Mund machen (Zeile 70ff).        |                                                                        |  |
|                                                                               | Ich finde, dass auf Stationen mit vielen Lungen- oder Sucht-                                                                                                 | Rauchen von Pflegenden in speziellen Bereichen unpassend               |  |

|                                                                               |                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Konflikt zwischen dem Arbeiten im Gesundheitsfachberuf Pflege und dem Rauchen | erkrankungen das Rauchen der Pflegenden vermieden werden sollte, um es den Pflegebedürftigen nicht „unter die Nase zu reiben“ (Zeile 76ff).                |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden  | Aufgaben der Pflege sind zum einen das Pflegen der Patienten und zum anderen die Beratung (Zeile 93ff).                                                    | Aufgaben der Pflege: Pflegen, Beratung und Motivation der Pflegebedürftigen und z. T. eine Vorbildfunktion | 4) Aufgaben der Pflege <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegen, Motivation, Beratung der Patienten</li> <li>- Z. T. eine Vorbildfunktion</li> <li>- Authentizität von rauchenden Pflegenden</li> <li>- Beratungsbereiche</li> <li>- Entscheidungsfindung durch Pflegebedürftige</li> <li>- Aufgabenerfüllung durch rauchende Pflegenden</li> </ul> |
|                                                                               | Pflegende erfüllen eine Rolle zur Motivation der Pflegebedürftigen, wie zum Beispiel eine Art Vorbildfunktion. Aber das nur zum kleinen Teil (Zeile 95ff). |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                               | Die Beratung der Patienten hinsichtlich der Tabakprävention wirkt weniger authentisch, wenn sie von Rauchenden Pflegenden                                  | Geringere Authentizität bei der Beratung durch rauchende Pflegenden                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                              |                                                                                                                             |                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden | durchgeführt wird (Zeile 104ff).                                                                                            |                                                                       |  |
|                                                                              | Pflegende sollten nur in Bereichen beraten, die zu ihnen passen (Zeile 109ff).                                              | Beratung nur in passenden Bereichen                                   |  |
|                                                                              | Aber trotzdem sollte berufliches vom privaten getrennt werden (Zeile 111ff).                                                | Trennung beruflichen von privatem                                     |  |
|                                                                              | Rauchende Pflegende können trotzdem hinsichtlich der Auswirkungen und Folgeschädigungen des Rauchens beraten (Zeile 112ff). | Beratung zur Tabakprävention auch durch rauchende Pflegende möglich   |  |
|                                                                              | Pflegebedürftige sind erwachsene Menschen und können selbst für sich entscheiden (Zeile 114ff).                             | Eigene Entscheidungsfindung durch Pflegebedürftige                    |  |
|                                                                              | Patienten könnten sich denken, dass, „wenn das Rauchen so schlimm wäre, würden Pflegende nicht                              | Herabsetzung der Schädlichkeit des Rauchens durch rauchende Pflegende |  |

|                                                                              |                                                                                                                                                                  |                                                                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden | rauchen“ (Zeile 122f).                                                                                                                                           |                                                                                                           |  |
|                                                                              | Die Beratung bezüglich des Rauchens könnte von Rauchenden Pflegebedürftigen nicht ernst genommen werden (Zeile 123).                                             | Geringe Authentizität von rauchenden Pflegenden                                                           |  |
|                                                                              | Andererseits können Pflegebedürftige sich und ihre Gesundheit entscheiden (Zeile 125f).                                                                          | Eigene Entscheidungsfindung durch Pflegebedürftige                                                        |  |
|                                                                              | Ich denke nicht, dass rauchende Pflegende schlechter in der Beratung sind oder schlechter ihre Aufgaben erfüllen als Pflegende, die nicht rauchen (Zeile 127ff). | Keine schlechtere oder langsamere Erfüllung der Beratung oder anderen Aufgaben durch rauchende Pflegenden |  |
|                                                                              | Rauchende Pflegende können ihre Aufgaben auf Station, auch wenn sie während der Pause oder Arbeitszeit rauchen gehen,                                            |                                                                                                           |  |

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden                                                            | genauso gut und in der Zeit erfüllen, wie nichtrauchende, wenn diese ihre Zeit anders vertrödeln (Zeile 130ff).                                                                            |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                              |
| Professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und dessen Beeinflussung durch das Rauchen von Pflegenden | Ich habe es noch nicht erlebt, dass aufgrund des Rauchens von Pflegenden die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen weder schlechter noch besser wurde (Zeile 145ff).         | Keine Beeinflussung der professionellen Beziehungsgestaltung erlebt                         | 5) Auswirkungen auf die professionelle Beziehungsgestaltung zum Pflegebedürftigen durch das Rauchen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Beeinflussung</li> <li>- Zwischenmenschliche Beziehung durch private Gespräche</li> </ul> |
|                                                                                                                                         | Ich weiß nicht, ob über das Rauchen von Pflegenden gesprochen wird, obwohl vielleicht zwischenmenschliche Beziehung aufgebaut wird, wenn auch über Privates gesprochen wird (Zeile 151ff). | Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen durch private Gespräche, wie das Rauchverhalten | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunikationsförderung</li> <li>- Auswirkung auf Person</li> <li>- Nichtraucherschutz (in öffentlichen Gebäuden)</li> </ul>                                                                        |
|                                                                                                                                         | Es könnte kommunikationsfördernd wirken,                                                                                                                                                   | Rauchen wirkt kommunikationsfördernd                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Authentizität von Nichtrauchern</li> </ul>                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                            |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und dessen Beeinflussung durch das Rauchen von Pflegenden | wenn Pflegende zusammen mit Pflegebedürftigen rauchen gehen (Zeile 153ff).                                      |                                                                            | - Folgen des Tertiärrauchs |
|                                                                                                                                         | Meiner Meinung nach hat das Rauchen keine Auswirkung auf die professionelle Beziehungsgestaltung (Zeile 156ff). | Rauchen hat keine Auswirkungen auf die professionelle Beziehungsgestaltung |                            |
|                                                                                                                                         | Die größte Auswirkung hat das Rauchen auf die Person selbst (Zeile 176).                                        | Rauchen hat Auswirkungen auf die Person selbst                             |                            |
|                                                                                                                                         | Vielleicht war es früher anders, als noch auf Station geraucht werden durfte (Zeile 177f).                      | Nichtraucherschutz in öffentlichen Gebäuden                                |                            |
|                                                                                                                                         | Natürlich wirkt jemand, der nicht raucht, in der Beratung viel authentischer (Zeile 182f).                      | Authentizität von Nichtrauchern                                            |                            |
|                                                                                                                                         | Kalter Rauch kann für Pflegebedürftige unangenehm sein und kann zur Folge                                       | Folgen des Tertiärrauchs                                                   |                            |

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p>Professionelle<br/>Beziehungsge-<br/>staltung zwischen<br/>Pflegerinnen und<br/>Pflegebedürftigen<br/>und dessen Be-<br/>einflussung durch<br/>das Rauchen von<br/>Pflegerinnen</p> | <p>haben, dass<br/>diese sich nicht<br/>so häufig melden<br/>obwohl sie Hilfe<br/>benötigen und<br/>möchten nicht<br/>weiterhin von die-<br/>sem Pflegerinnen<br/>betreut werden<br/>(Zeile 196ff).</p> |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

**Interview B3:**

| <b>Gegenstand der Analyse<br/>(Fragestellung)</b> | <b>Paraphrase</b>                                                                                                                                                                               | <b>Generalisierung</b>                                            | <b>Zusammenfassung<br/>(Kategorie/<br/>Subkategorie)</b>                                                                                        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nikotinverhalten<br>in der eigenen<br>Einrichtung | Das Nikotinverhalten in meiner Einrichtung würde ich als sehr ausgeprägt bezeichnen (Zeile 6f).                                                                                                 | Nikotinverhalten ist ausgeprägt;<br>keine genaue Be-<br>zifferung | 6) Nikotinverhalten Einrichtung<br>- Ausgeprägtes Nikotinverhalten<br>- Abhängigkeit von Häusern und Vorgesetzten<br>- Beeinflussung der Arbeit |
|                                                   | Es raucht ein Großteil der Mitarbeiter, aber genau beziffern kann ich das nicht (Zeile 8f).                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                 |
|                                                   | Es wird sowohl in den Pausen als auch in der Arbeitszeit geraucht (Zeile 14).                                                                                                                   | Es wird in den Pausen und in der Arbeitszeit geraucht             |                                                                                                                                                 |
|                                                   | Dies ist jedoch häuserabhängig. In dem einen Haus wird nur in den Pausen geraucht und in anderen Häusern, wo auch die Vorgesetzten rauchen, wird auch in der Arbeitszeit geraucht (Zeile 18ff). | Abhängig von Häusern und Vorgesetzten                             |                                                                                                                                                 |

|                                             |                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nikotinverhalten in der eigenen Einrichtung | Dennoch muss die Arbeit geschafft werden und es darf nichts liegen bleiben (Zeile 21f).                        | Rauchen darf Arbeit nicht beeinflussen                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Persönliche Geschichte bzgl. des Rauchens   | Die erste Zigarette habe ich in meiner frühen Jugendzeit, mit zirka 14 Jahren geraucht (Zeile 29f).            | Erster Kontakt im Jugendalter                          | 7) Eigenes Rauchverhalten <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erster Kontakt im Jugendalter</li> <li>- Mögliche Gründe: Neugierde, Gruppenzwang</li> <li>- Stufen des süchtigen Verhaltens</li> <li>- Risiko- und Schutzfaktoren</li> <li>- Folgen des Rauchens</li> <li>- Rauchstopp</li> </ul> |
|                                             | Das war so ganz typisch, dass man es mit Freunden zusammen ausprobiert hat (Zeile 31f).                        | Gründe: Neugierde, Gruppenzwang                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                             | Und von da an hat sich das zirka zwei Jahre hingezogen, dass es einen gelegentlichen Konsum gab (Zeile 35f).   | Stufen des süchtigen Verhaltens; Gelegentlicher Konsum |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                             | Dann kam das Feiern am Wochenende hinzu und da habe ich geraucht, wenn ich Alkohol getrunken habe (Zeile 36f). | Bei Festlichkeiten mit Alkoholkonsum                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                           |                                                                                                                                                                              |                                          |  |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|
| Persönliche Geschichte bzgl. des Rauchens | Irgendwann ist es dann dazu gekommen, dass ich auch in der Woche geraucht habe (Zeile 38f).                                                                                  | Regelmäßiger Konsum                      |  |
|                                           | Meine Eltern hatten damit auch eigentlich kein Problem (Zeile 40).                                                                                                           | Soziales Umfeld als Risiko-/Schutzfaktor |  |
|                                           | Das zog sich auch durch die gesamte Abitur-, Ausbildungs- und Studienzeit, bis vor kurzem, als ich festgestellt habe, dass ich mit dem Rauchen aufhören möchte (Zeile 45ff). | Entschluss Rauchstopp                    |  |
|                                           | Ich hatte richtigen Raucherhusten und wollte meine Lunge etwas schonen, bis ich festgestellt habe, dass ich das Rauchen gar nicht brauche (Zeile 49ff).                      | Folgen des Rauchens                      |  |
|                                           | Es gab bisher noch keinen Moment, wo ich                                                                                                                                     | Klarer Entschluss zum Rauchstopp         |  |

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                       |                                                              |                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Persönliche Geschichte bzgl. des Rauchens                                     | gesagt habe, dass ich definitiv mit dem Rauchen aufhören möchte. Es gab zwar Momente, wo ich eine Zeit lang nicht geraucht habe, aber dieser absolute Schlussstrich kam erst vor kurzem (Zeile 60ff). |                                                              |                                                                                                                                                                   |
| Konflikt zwischen dem Arbeiten im Gesundheitsfachberuf Pflege und dem Rauchen | Es ist ein Paradoxon, weil man davon ausgeht, dass Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten über die Folgen des Rauchens Bescheid wissen (Zeile 73ff).                                            | Pflegende sollten über Folgen des Rauchens Bescheid wissen   | 8) Konflikt: Arbeiten in der Pflege & Rauchen <ul style="list-style-type: none"><li>- Wissensstand der Pflegenden</li><li>- Funktionalität des Rauchens</li></ul> |
|                                                                               | Andererseits ist es für viele vielleicht eine Strategie zur Stress- und Konfliktbewältigung (Zeile 79f).                                                                                              | Funktionalität des Rauchens: Stress- und Konfliktbewältigung |                                                                                                                                                                   |
|                                                                               | Es wird zur Bewältigung des Arbeitsaufwandes                                                                                                                                                          |                                                              |                                                                                                                                                                   |

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Konflikt zwischen dem Arbeiten im Gesundheitsfachberuf Pflege und dem Rauchen | geraucht (Zeile 86).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                               | In einigen Einrichtungen werden sich durch das Rauchen vielleicht auch Pausen geschaffen, die sonst nicht da wären (Zeile 87ff).                                                                                                                                                                                                               | Schaffung von Pausen                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden  | Für mich sind die Aufgaben der Pflege, dass es den Pflegebedürftigen gut geht, dass sie pflegerisch gut versorgt sind, sodass deren Grundbedürfnisse abgedeckt werden und, dass sie Unterstützung dort erhalten, wo ihre Ressourcen nicht ausreichen und natürlich, dass man die Ressourcen erkennt und ggf. Maßnahmen einleitet (Zeile 94ff). | Aufgaben: Abdeckung der Grundbedürfnisse, pflegerische Versorgung, Erhaltung der Ressourcen, Unterstützung bei fehlenden Ressourcen | 9) Aufgaben der Pflege <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abdeckung der Grundbedürfnisse, pflegerische Versorgung, Erhaltung der Ressourcen, Unterstützung bei fehlenden Ressourcen</li> <li>- Keine Beeinflussung durch Rauchverhalten</li> <li>- Körperliche Folgen</li> <li>- Tertiärrauch</li> <li>- Vorbildfunktion</li> </ul> |
|                                                                               | Ich glaube nicht, dass es da einen Zusammenhang                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Keine schlechte Pflegekraft trotz Rauchen                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                            |                                                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden | gibt, dass man eine schlechtere Pflegekraft ist, nur weil man raucht (Zeile 101f).                                                                                                                         |                                                                             |  |
|                                                                              | Das zeigen von Empathie und die fachliche Kompetenz drückt sich nicht im Rauchverhalten aus (Zeile 103f).                                                                                                  | Empathie und fachliche Kompetenz werden durch das Rauchen nicht beeinflusst |  |
|                                                                              | Jemand der nicht raucht ist sich der körperlichen Folgen vielleicht bewusster und hat eine bessere Vorbildfunktion (Zeile 105ff).                                                                          | Körperliche Folgen des Rauchens; Vorbildfunktion                            |  |
|                                                                              | Ich kann mir vorstellen, dass kalter Rauch für Pflegebedürftige unangenehm ist, auch wenn rauchende Pflegenden sich die Hände gewaschen haben und einen Pfefferminzbonbon eingenommen haben (Zeile 109ff). | Folgen Tertiärrauch                                                         |  |

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aufgaben der Pflege und deren Beeinflussung durch das Rauchen der Pflegenden                                                            | Ich kann mir nicht vorstellen, dass das Rauchen von Pflegenden direkte fachliche Auswirkungen auf die Ausführung der Pflegeaufgaben hat (Zeile 116).                                                                                                  | Keine Auswirkung auf Ausführung der Aufgaben |                                                                                                                                                                       |
| Professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und dessen Beeinflussung durch das Rauchen von Pflegenden | Ich kann mir vorstellen, dass es eher negativ aufgefasst wird (Zeile 122f).                                                                                                                                                                           | Negative Auswirkungen                        | 10) Auswirkungen auf die professionelle Beziehungsgestaltung zum Pflegebedürftigen durch das Rauchen<br>- Negativ: Tertiärrauch<br>- Positiv: Kommunikationsförderung |
|                                                                                                                                         | Einige Pflegebedürftige können den Geruch nicht leiden und haben damit eventuell Probleme und dadurch könnten diese vielleicht gestresster oder gereizter sein. Vielleicht ist es dort schwieriger überhaupt eine Beziehung aufzubauen (Zeile 124ff). | Tertiärrauch und deren Folgen                |                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                         | Ich kann mir aber auch vorstellen, dass es in einigen Fällen auch                                                                                                                                                                                     | Positive Auswirkungen                        |                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|
| Professionelle<br>Beziehungsge-<br>staltung zwischen<br>Pflegerinnen und<br>Pflegebedürftigen<br>und dessen Be-<br>einflussung durch<br>das Rauchen von<br>Pflegerinnen | positiv sein kann,<br>zum Beispiel<br>wenn Pflegerinnen<br>mit Pflegebedürf-<br>tigen zusammen<br>rauchen gehen<br>(Zeile 132ff).                                                                             |                               |  |
|                                                                                                                                                                         | Das kann auch<br>kommunikations-<br>fördernd wirken<br>(Zeile 133ff).                                                                                                                                         | Kommunikations-<br>förderung  |  |
|                                                                                                                                                                         | Aber im Großen<br>und Ganzen<br>glaube ich, dass<br>besonders der<br>kalte Rauch als<br>negativ empfunden<br>wird und da-<br>her negative Fol-<br>gen für die Bezie-<br>hungsgestaltung<br>hat (Zeile 136ff). | Eher negative<br>Auswirkungen |  |

**Hochschulbibliothek Neubrandenburg**

| <b>Stand: 03.09.2019</b> |                      |                |
|--------------------------|----------------------|----------------|
| <b>Nr.</b>               | <b>Schlagwort</b>    | <b>Treffer</b> |
| #1                       | Nikotin*             | 29             |
| #2                       | Pflege*              | 5429           |
| #3                       | Tabak*               | 95             |
| #4                       | Patient*             | 2486           |
| #5                       | #1 OR #3             | 117            |
| #6                       | #5 AND #2            | 5              |
| #7                       | #5 AND #4            | 7              |
| #8                       | Prävention           | 1986           |
| #9                       | #5 AND #8            | 14             |
| #10                      | Studie               | 2514           |
| #11                      | Evaluation           | 2374           |
| #12                      | #10 OR #11           | 4789           |
| #13                      | #5 AND #12           | 5              |
| #14                      | Belastung            | 853            |
| #15                      | #4 AND #14           | 44             |
| #16                      | #6 AND #14           | 0              |
| #17                      | Beziehungsgestaltung | 66             |
| #18                      | #2 AND #4            | 753            |
| #19                      | #17 AND #18          | 5              |
| <b>Stand: 27.09.2019</b> |                      |                |
| #20                      | Mayring              | 40             |
| #21                      | Coping               | 513            |

|                         |               |     |
|-------------------------|---------------|-----|
| #22                     | Sucht         | 861 |
| #23                     | #21 AND #22   | 8   |
| #24                     | #21 AND #2    | 41  |
| #25                     | #2 AND #22    | 18  |
| <b>Stand: 9.10.2019</b> |               |     |
| #26                     | Transkription | 99  |
| #27                     | Kuckartz      | 25  |
| #28                     | #26 AND #27   | 1   |

| <b>Livivo; Stand: 05.09.2019</b> |                   |                |
|----------------------------------|-------------------|----------------|
| <b>Nr.</b>                       | <b>Schlagwort</b> | <b>Treffer</b> |
| #1                               | Nikotin*          | 3298           |
| #2                               | Pflege*           | 91627          |
| #3                               | Tabak*            | 7812           |
| #4                               | Patient*          | 5461463        |
| #5                               | #1 OR #3          | 10639          |
| #6                               | #5 AND #2         | 188            |
| #7                               | #5 AND #4         | 2406           |
| #8                               | Prävention        | 58344          |
| #9                               | #5 AND #8         | 0              |
| #10                              | Studie            | 10989663       |
| #11                              | Evaluation        | 1299925        |
| #12                              | #10 OR #11        | 58344          |
| #13                              | #5 AND #12        | 3497           |
| #14                              | Belastung         | 604296         |

|                          |                                                                     |        |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------|
| #15                      | #4 AND #14                                                          | 171736 |
| #16                      | #6 AND #14                                                          | 74     |
| #17                      | Beziehungsgestaltung                                                | 2342   |
| #18                      | #2 AND #4                                                           | 16940  |
| #19                      | #17 AND #18                                                         | 130    |
| <b>Stand: 21.10.2019</b> |                                                                     |        |
| #20                      | (Smoking AND Nurse*) AND prevalence                                 | 685    |
| #21                      | (Smoking AND Nurse*) AND<br>(prevalence AND Europe)                 | 62     |
| #22                      | (Smoking AND Nurse*) AND<br>(prevalence AND France)                 | 20     |
| #23                      | (Smoking AND Nurse*) AND<br>(prevalence AND Austria)                | 1      |
| #22                      | (Smoking AND Nurse*) AND<br>(prevalence AND Swiss)                  | 4      |
| #23                      | (Smoking AND Nurse*) AND<br>(prevalence AND Poland)                 | 17     |
| #24                      | (Smoking AND Nurse*) AND<br>(prevalence AND (Netherlands OR Dutch)) | 15     |
| #25                      | (Smoking AND Nurse*) AND<br>(prevalence AND Belgium)                | 6      |
| #26                      | (Smoking AND Nurse*) AND<br>(prevalence AND Denmark)                | 8      |
| #27                      | (Smoking AND Nurse*) AND<br>(prevalence AND Czech Republic)         | 2      |
| #28                      | (Smoking AND Nurse*) AND                                            | 0      |

|  |                             |  |
|--|-----------------------------|--|
|  | (prevalence AND Luxembourg) |  |
|--|-----------------------------|--|

Einschlusskriterium: ab 2000

| <b>Google Scholar; Stand: 10.09.2019</b> |                   |                |
|------------------------------------------|-------------------|----------------|
| <b>Nr.</b>                               | <b>Schlagwort</b> | <b>Treffer</b> |
| #1                                       | Nikotin*          | 47600          |
| #2                                       | Tabak*            | 234000         |
| #3                                       | Studie            | 3800000        |
| #4                                       | Evaluation        | 7010000        |
| #5                                       | #1 OR #2          | 47400          |
| #6                                       | #3 OR #4          | 7100000        |
| #7                                       | #5 OR #6          | 22400          |
| #8                                       | Pflege*           | 854000         |
| #9                                       | #5 AND #8         | 6920           |
| #10                                      | Pflegende         | 25900          |
| #11                                      | #5 AND #10        | 976            |
| #12                                      | #6 AND #11        | 704            |

Einschlusskriterium: ab 2000

| <b>Bibnet.org – Literaturdatenbank des Gesundheitswesens;<br/>Stand: 12.09.2019</b> |                   |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|
| <b>Nr.</b>                                                                          | <b>Schlagwort</b> | <b>Treffer</b> |
| #1                                                                                  | Nikotin*          | 693            |
| #2                                                                                  | Pflege*           | 331761         |
| #3                                                                                  | Tabak*            | 1170           |

|     |                      |       |
|-----|----------------------|-------|
| #4  | Patient*             | 96134 |
| #5  | #1 OR #3             | 1809  |
| #6  | #5 AND #2            | 393   |
| #7  | #5 AND #4            | 157   |
| #8  | Prävention           | 12011 |
| #9  | #5 AND #8            | 97    |
| #10 | Studie               | 29615 |
| #11 | Evaluation           | 6197  |
| #12 | #10 OR #11           | 34745 |
| #13 | #5 AND #12           | 105   |
| #14 | Belastung            | 2514  |
| #15 | #4 AND #14           | 699   |
| #16 | #6 AND #14           | 2     |
| #17 | Beziehungsgestaltung | 116   |
| #18 | #2 AND #4            | 27036 |
| #19 | #17 AND #18          | 19    |
| #20 | #2 AND #13           | 18    |

| <b>CNE – Certified Nursing Education; Stand: 04.10.2019</b> |                   |                |
|-------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|
| <b>Nr.</b>                                                  | <b>Schlagwort</b> | <b>Treffer</b> |
| #1                                                          | Nikotin*          | 111            |
| #2                                                          | Pflege*           | 2504           |
| #3                                                          | Tabak*            | 40             |
| #4                                                          | Patient*          | 3637           |
| #5                                                          | #1 AND #2 AND #4  | 66             |
| <b>Gemeinsamer Verbundkatalog; Stand: 04.10.2019</b>        |                   |                |

| <b>Nr.</b> | <b>Schlagwort</b>    | <b>Treffer</b> |
|------------|----------------------|----------------|
| #1         | Nikotin*             | 1839           |
| #2         | Pflege*              | 97851          |
| #3         | Tabak*               | 12103          |
| #4         | Patient*             | 174781         |
| #5         | #1 OR #3             | 13781          |
| #6         | #5 AND #2            | 35             |
| #7         | #5 AND #4            | 170            |
| #8         | Prävention           | 31706          |
| #9         | #5 AND #8            | 132            |
| #10        | Studie               | 172250         |
| #11        | Evaluation           | 189877         |
| #12        | #10 OR #11           | 360199         |
| #13        | #5 AND #12           | 199            |
| #14        | Belastung            | 25842          |
| #15        | #4 AND #14           | 948            |
| #16        | #6 AND #14           | 1              |
| #17        | Beziehungsgestaltung | 486            |
| #18        | #2 AND #4            | 4836           |
| #19        | #17 AND #18          | 18             |

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

---

Neubrandenburg, 22.11.2019

Anne Pfitzner