

## “RAUCHFREI - ICH?!“ – EIN THERAPIEMANUAL ZUR FÖRDERUNG DER ÄNDERUNGSBEREITSCHAFT BEI RAUCHERN: ERGEBNISSE DER ERPROBUNG

### „SMOKEFREE – ME?!“ - A MANUAL FOR THE PROMOTION OF MOTIVATION TO CHANGE AMONG SMOKERS: PILOT RESULTS

*Karin Metz, Anneke Bühler, Gabi Schmid, Christoph Kröger*

#### Zusammenfassung

Die geringe Inanspruchnahme von Tabakentwöhnungsmaßnahmen in Deutschland wird u.a. mit einer fehlenden Aufhormotivation der Raucher erklärt. „Rauchfrei - ich?!“ ist ein neu entwickeltes, auf die Förderung der Änderungsbereitschaft abzielendes Tabakentwöhnungsmanual für Gruppen im stationären Setting. Es wird detailliert vorgestellt und Ergebnisse seiner Erprobung werden berichtet. Das sechs Sitzungen umfassende Training wird sowohl von Therapeuten als auch von Rauchern bezüglich seiner Inhalte, der Durchführbarkeit und der Praxisnähe positiv beurteilt.

#### Schlüsselwörter

Tabakentwöhnung – Motivation – Intervention – Kliniken

#### Summary

The small demand of smoking cessation activities is explained by lack of motivation to quit among smokers. "Smokefree – me?!" is a newly developed smoking cessation group manual aiming to promote motivation to quit among smokers in hospitals. The manual is presented in detail and pilot data are reported. The six session training is positively accepted by therapists and smokers who rated content and implementation of the manual.

#### Keywords

smoking cessation – motivation – training – hospitals

#### Einleitung

Dem aufhörwilligen Raucher steht in Deutschland eine Fülle von Hilfsangeboten zur Verfügung, darunter Selbsthilfeprogramme (Bücher, Audio- und Videokassetten), Nikotin-substitutionspräparate und angeleitete Behandlungsmaßnahmen (Kröger, 2000). Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen und pharmakologischen Behandlungsmaßnahmen sind sehr gut erforscht und haben sich als effektiv erwiesen, wobei eine Kombination aus verhaltenstherapeutischem Training und Nikotin-substitution die besten Erfolge erzielt (Fiore et al., 2000; Silgay et al., 1999; Baillie et al., 1994).

Das Interesse der Raucher, die Angebote zu nutzen, ist jedoch gering: In einer repräsentativen Erhebung (Kraus und Augustin, 2001) gaben von 2107 Rauchern und Ex-Rauchern 14 Personen an, einen Entwöhnungskurs besucht zu haben. Die Verwendung von Nikotinplastern berichteten 108 Befragte, zu Nikotinkaugummis griffen 85 Raucher.

Für die geringe Inanspruchnahme bestehender Tabakentwöhnungsmaßnahmen werden verschiedene Gründe diskutiert. Zum einen werden die bestehenden Angebote nicht angenommen, weil solche Hilfsangebote von vielen Rauchern nicht für notwendig gehalten werden. Die meisten Raucher versuchen allein aufzuhören nach dem Motto „Wenn ich aufhören will, brauche ich keine Unterstützung. Das schaffe ich allein“. Diese Denkweise zeigt, dass die Probleme beim Aufhören, und

damit auch die Stärke der Tabakabhängigkeit, von den Rauchern unterschätzt und Hilfe folglich als überflüssig angesehen wird. Weiterhin werden externe Hilfen als wenig effektiv eingeschätzt, obwohl sie die Chancen eines erfolgreichen Rauchstopps um ein Vielfaches verbessern. Externe Hilfen werden als zu aufwändig erachtet. Sie kosten Geld und Zeit, und man weiß nicht, ob sich diese Investition lohnt. Die Existenz vieler Hilfsangebote ist unbekannt. Bei den unterschiedlichen Angeboten bleibt unklar, was qualitativ gut ist. Ein wesentlicher Grund, dass bestehende Hilfsmaßnahmen nicht angenommen werden, liegt in der schwachen Aufhormotivation bzw. der Ambivalenz der Raucher gegenüber dem Aufhören.

#### Aufhormotivation bei Rauchern

Studien zur Aufhormotivation bei Rauchern beziehen sich auf die Veränderungsbereitschaft, der zentralen Variable des transtheoretischen Modells (TTM) von Prochaska und DiClemente (1986). Demnach kann sich eine Person in unterschiedlichen Stadien der Veränderungsbereitschaft befinden, angefangen vom Stadium der Absichtslosigkeit, in dem der Raucher noch nicht über die Möglichkeit des Aufhörens nachdenkt und kein Problembewusstsein besitzt. Das Stadium der Absichtsbildung ist geprägt von einer Ambivalenz zwischen Veränderung und Beibehaltung des Verhaltens. In der Stufe der Vorbereitung

werden bereits erste Schritte in Richtung Veränderung unternommen. Das darauf folgende Stadium der Handlung zeichnet sich durch die eingetretene Veränderung aus, die jedoch noch nicht stabil ist. Laut Definition befindet sich eine Person im Stadium der Aufrechterhaltung, wenn sie das neue Verhalten mehr als ein halbes Jahr kontinuierlich beibehalten konnte (Prochaska und DiClemente, 1986).

Der größte Teil der Raucher befindet sich im Stadium der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung. Nach einer Studie von Meyer et al. (1999) sind 76% der aktuellen Raucher im Stadium der Absichtslosigkeit, d. h., sie geben an, innerhalb der nächsten sechs Monate ihr Rauchverhalten nicht ändern zu wollen. Im Stadium der Absichtsbildung befinden sich 17% der Raucher, d.h., sie haben vor, in den nächsten sechs Monaten aufzuhören. Lediglich 7% der rauchenden Befragten wollen in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufhören und sind damit dem Stadium der Vorbereitung zuzuordnen. Die Ergebnisse der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland (Kraus und Augustin, 2001) beziehen sich auf die Befragung von aktuellen Rauchern und Ex-Rauchern. Auch in dieser Gruppe sind mit 56,2% die meisten Befragten den Stadien der Absichtslosigkeit und der Absichtsbildung zuzuordnen, und nur 2,1% planen, innerhalb eines Monats mit dem Rauchen aufzuhören. Die meisten Maßnahmen, die Raucher beim Aufhören unterstützen wollen, wenden sich aber an Raucher, die konkret planen, aufzuhören. Somit wird über die bestehenden Aufhörhilfen nur ein kleiner Teil aller Raucher angesprochen. Der potenzielle Nutzerkreis der vorhandenen Hilfsangebote ist somit - in Relation zur Gruppe aller Raucher - relativ klein.

### **Mangel an Angeboten in wichtigen Settings**

Die Versorgung von Rauchern in Deutschland mit Behandlungsmaßnahmen ist unzureichend. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ, 2002; zitiert nach Kröger, 2002). Von insgesamt fast 9000 befragten Krankenkassen, Volkshochschulen, Institutionen und Gesundheitsverbänden boten nur 460 Tabakentwöhnung an. Lediglich 55% bis 60% der Lungen- und Rehabilitationskliniken und ungefähr 5% der Akutkrankenhäuser haben demnach ein Angebot zur Tabakentwöhnung. Begründet wird diese Vernachlässigung mit der geringen Nachfrage von Seiten der Patienten und geringer Effektivität. Das geringe Angebot effektiver Tabakentwöhnungsmaßnahmen verhindert wiederum, dass Raucher systematische Hilfe zum Aufhören in Anspruch nehmen können. So entsteht eine Negativspirale: Wenig Nachfrage, geringe Erfolge führen zu weniger Angeboten etc.

### **Schlussfolgerungen für die Tabakentwöhnung**

Das bisher Dargestellte lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Die meisten Hilfsangebote setzen eine starke Aufhormotivation voraus.
- Schwache Aufhormotivation seitens der Patienten ist ein gewichtiger Grund für die geringe Nutzung der Hilfsangebote.
- Die meisten bestehenden Interventionen sind für die größte Gruppe der Raucher – die ambivalenten und wenig veränderungsbereiten Raucher - ungeeignet.

- Die geringe Nachfrage von Seiten der Patienten und das geringe Angebot auf Seiten von Therapeuten und Institutionen münden in einen Teufelskreis.

Verfolgt man das Ziel, mehr Raucher den Tabakentwöhnungsmaßnahmen zuzuführen, ist es erforderlich, die Zielsetzung der Unterstützungsmaßnahmen für Raucher in Richtung Motivation zum Aufhören zu erweitern und günstige Settings, wie z.B. Rehabilitationskliniken für Entwöhnungsangebote, mit einzubeziehen. Das vom BMBF geförderte WIRK-Projekt (Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken)<sup>1</sup> strebt dieses Ziel an. Im Rahmen des Projekts wurde das Manual „Rauchfrei – ich?!“ entwickelt, das sich auch an die große Gruppe der ambivalenten und gering motivierten Raucher wendet.

## **„Rauchfrei – ich?!“ – ein Manual zur Förderung der Aufhormotivation bei Rauchern im stationären Setting**

### **Theoretische Fundierung des Manuals**

Das Manual „Rauchfrei – ich?!“ richtet sich an absichtslose oder ambivalente Raucher, die sich in einer stationären Behandlung befinden. Ziel ist, die Entwicklung von Aufhormotivation zu unterstützen und sie zu festigen. Inhaltliche Grundlagen bilden der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung (Miller und Rollnick, 1991) und das transtheoretische Modell der Phasen der Veränderung (Prochaska und DiClemente, 1986).

Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (engl.: Motivational Interviewing, kurz: MI) stellt einen alternativen Zugang zur Behandlung von Personen mit substanzspezifischen Störungen dar. Entwickelt aufgrund von Erfahrungen in der Behandlung von Alkoholkranken, wurde das MI zuerst 1983 von William R. Miller beschrieben. Weiterentwickelt und spezifiziert wurde dieses Konzept später von Rollnick und Miller (1995). Sie definieren Motivational Interviewing wie folgt: *„Motivational interviewing is a directive, client-centered counseling style for eliciting behavior change by helping clients to explore and resolve ambivalence. Compared with nondirective counselling, it is more focused and goal-directed. The examination and resolution of ambivalence is its central purpose, and the counselor is intentionally directive in purposing this goal“* (Rollnick und Miller, 1995, p. 325).

<sup>1</sup> Die Publikation wurde im Rahmen der Projektes „WIRK Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken“ erstellt. Die Studie ist Teil des Suchtforschungsverbundes ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity). In fünf Einzelprojekten werden patienten- und störungsbezogene Zuordnungsmodelle für therapeutische Interventionen bei substanzbezogenen Störungen zur Verbesserung des individuellen Behandlungserfolgs untersucht. Ansprechpartner sind die Koordinationsstelle des Verbundes am Max-Planck-Institut für Psychiatrie (email: [asatkoordination@mpipsykl.mpg.de](mailto:asatkoordination@mpipsykl.mpg.de); [www.asat-verbund.de](http://www.asat-verbund.de)) sowie die auf der Website genannten Projektleiter. Der Forschungsverbund wird im Rahmen des Programms „Forschungsverbünde für Suchtforschung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert (01 EB 0140 – 0142).

Das MI lässt sich somit als ein auf den Grundsätzen der humanistischen Therapieschulen aufbauendes Therapiekonzept beschreiben, das jedoch in seiner Zielerreichung direkter ist. Ziel des MI ist die Förderung der Veränderungsmotivation, so dass sich der Patient im Sinne des transtheroretischen Modells von Prochaska und DiClemente (1986) aus dem Stadium der Absichtslosigkeit oder Absichtsbildung in das Stadium der Vorbereitung oder Handlung entwickelt. Entscheidend für das therapeutische Vorgehen ist, dass der Therapeut je nach Stadium, in dem der Raucher sich befindet, spezifisch zu intervenieren hat. So raten Miller und Rollnick (1999, S. 34) bei Rauchern im Stadium der Absichtslosigkeit: „Lassen Sie Zweifel aufkommen - erhöhen Sie bei Ihrem Klienten die Wahrnehmung von Problemen und Risiken in Bezug auf sein derzeitiges Verhalten.“ Bei Rauchern im Stadium der Absichtsbildung empfehlen sie: „Irritieren Sie das Gleichgewicht zwischen Wunsch nach Veränderung und dem Wunsch, alles beim Alten zu lassen. Arbeiten Sie Veränderungsgründe und Risiken der Beibehaltung des Suchtverhaltens heraus. Stärken Sie das Selbstvertrauen im Hinblick auf eine Veränderung des derzeitigen Verhaltens.“ Schließlich gilt für das Stadium der Veränderung: „Helfen Sie dem Klienten, sich für den besten Weg bei der Suche nach Veränderung zu entscheiden“ (Miller und Rollnick, 1999, S. 34).

Keller et al. (1999) beschreiben die Strategien, die angewendet werden können, um ein Fortschreiten in ein anderes Stadium der Veränderung zu bewirken. Um das Problembewusstsein zu steigern, soll ein bewussteres Wahrnehmen der Gründe, der Konsequenzen und der möglichen Änderungswege für das Rauchverhalten ermöglicht werden. Dies wird erreicht durch gezielte Rückmeldungen zum Rauchen, Aufklärung, Konfrontation und das Anbieten von Informationen. Das Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen, wie das Erkennen von sich ändernden sozialen Normen gegenüber dem Rauchen und von Bedingungen oder Personen, die das Zielverhalten Nichtrauchen begünstigen, soll eine Veränderung des Rauchens erleichtern. Durch emotionales Erleben soll eine persönliche Betroffenheit zum Rauchen und zu seinen Konsequenzen hergestellt werden. Ausgelöst werden kann diese durch Imagination oder Rollenspiele. Eine Selbst-Neubewertung und die Neubewertung der persönlichen Umwelt können über das bewusste Wahrnehmen der emotionalen und kognitiven Konsequenzen des Rauchens bzw. des Nichtrauchens für die Person selbst und ihre Umwelt erfolgen.

Die Strategien, die in den Phasen der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung Anwendung finden sollten, beziehen sich vorwiegend auf subjektive Bewertungsprozesse und das emotionale Erleben des Rauchens bzw. des Zielverhaltens Nichtrauchen. Im Gegensatz zu diesen kognitiv-affektiven Strategien werden für den Übergang in die Handlungsphase insbesondere verhaltensorientierte Strategien wie Selbstverpflichtung, Stimuluskontrolle, Gegenkonditionierung, soziale Unterstützung und Verstärkung als hilfreich erachtet (Keller et al., 1999).

Die Anforderungen des MI an den Therapeuten sind demnach hoch, es wird die Integration komplexer therapeutischer

Fertigkeiten verlangt (E. Miller, 1996). Für Anfänger bedeutet dies, sich eine Vielzahl therapeutischer Fertigkeiten aneignen zu müssen. Erfahrene Therapeuten müssen sich möglicherweise vertrauter Muster im Klientenumgang entledigen. In jedem Fall ist eine Schulung zukünftiger Kursleiter zu empfehlen.

### **Rahmenbedingungen bei „Rauchfrei – ich?!“**

Neben der inhaltlichen Fundierung wurden bei der Entwicklung des Manuals auch die speziellen Rahmenbedingungen von Rehabilitationskliniken beachtet. Wegen mehrerer Besonderheiten von Rehabilitationskliniken wie Personalmangel, große Anzahl an Rauchern und kurzer Aufenthaltszeitraum der Patienten sollte die Intervention im Gruppensetting stattfinden. Dies ist eine Bedingung, in der die Motivierende Gesprächsführung bisher durch ihre Individuumszentriertheit keine Anwendung fand. Eine umfassende Literaturrecherche ergab, dass bisher kein standardisiertes Manual auf der Grundlage der motivierenden Gesprächsführung für das stationäre Setting in Rehabilitationskliniken zur Verfügung steht.

### **Beschreibung des Manuals**

Im Überblick sieht das Manual zuerst die Vermittlung von allgemeiner und selbstbezogener Information zum Rauchen und Aufhören vor, um die Entwicklung von Problembewusstsein anzustoßen. Das Erstellen der Vor- und Nachteile des Rauchens und Aufhörens dient der Veranschaulichung und Verstärkung der Ambivalenz. Hinderliche Gedanken des Aufhörens werden identifiziert und zu ersetzen versucht. Schließlich wird die Veränderungsstrategie vorbereitet. Der didaktische Wechsel zwischen der allgemeinen und individuumszentrierten Ebene soll sicherstellen, dass die Teilnehmer sich wegen der zuerst möglichen Distanzierung auf das Thema einlassen und gleichzeitig auf ihrer Stufe der Veränderungsbereitschaft abgeholt werden. Ein wertschätzendes und empathisches, Widerstand vermeidendes Therapeutenverhalten, das die Selbstverantwortlichkeit in den Vordergrund stellt, zielt darauf ab, die Selbstwirksamkeitserwartung zu steigern. In Abgrenzung zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Trainings erfolgt weder eine Vermittlung von Aufhör- oder Rückfallfertigkeiten, noch ist eine Reduktion oder ein Stopptag vorgesehen.

Die konkrete Umsetzung des Manuals „Rauchfrei - ich?!“ gestaltet sich wie in Tabelle 1 dargestellt. Vor dem eigentlichen Kurs wird eine Informationsveranstaltung durchgeführt. Die Teilnahme an dieser Veranstaltung ist verpflichtend. Viele Kliniken haben solche Veranstaltungen etabliert. Die Konzepte sind jedoch unterschiedlich. Oft wird mit erhobenem Zeigefinger gemahnt, endlich aufzuhören. Falls angeboten, werden Hilfsmaßnahmen zur Unterstützung des Aufhörens vorgestellt. Die Informationsveranstaltung des Kurses „Rauchfrei - ich?!“ verzichtet auf Belehrung und Abschreckung. Zuerst werden Informationen zum Rauchen (Beginn und Verlauf, Wirkweise, Sucht und Abhängigkeit, körperliche und psychische Folgen) und zum Aufhören (Genuss vs. Sucht, Entzugserscheinungen, positive Folgen) vorgetragen. Dann folgt eine Vorstellung des Kurses, seinem Ziel und seinen Inhalten. Es wird deutlich gemacht, dass der Kurs die Teilnehmer nicht unter Druck setzt,

Tabelle 1: Phasen und Elemente des Manuals „Rauchfrei – ich?!“

Sitzung	Kursphase	Elemente
0	Informationsveranstaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information übers Rauchen</li> <li>• Information über „Rauchfrei - ich?!“</li> </ul>
1	Kennen lernen und Vertrauen schaffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gegenseitiges Vorstellen</li> <li>• Gruppenregeln</li> <li>• Wie andere mit mir über das Rauchen und Aufhören reden</li> </ul>
2	Problembewusstsein aufbauen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiz über allgemeine Informationen zum Rauchen und Aufhören</li> <li>• Rückmeldung zu meinem Rauchverhalten</li> </ul>
3	Ambivalenz verstärken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimmen für und gegen das Rauchen und Aufhören</li> <li>• Meine Entscheidungswaage</li> </ul>
4	Ambivalenz verstärken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedanken über das Rauchen und Aufhören identifizieren</li> <li>• Meine persönlichen hinderlichen Gedanken</li> </ul>
5	In Richtung Veränderung unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hinderliche Gedanken in Lösungen verwandeln</li> </ul>
6	Veränderungsstrategie vorbereiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meine Bergtour auf den Nichtraucher-Gipfel</li> </ul>

mit dem Rauchen aufzuhören, sondern eine Auseinandersetzung mit dem Thema angestrebt wird.

Je nach Klinikpolitik ist die Teilnahme am folgenden Kurs freiwillig oder verpflichtend. Da das Kurskonzept sich in erster Linie an die stabilen, unmotivierten Raucher wendet, ist es darauf ausgerichtet, auf zwangsweise zu der Maßnahme verpflichtete Raucher einzugehen.

In der ersten Stunde des Kurses „Rauchfrei - ich?!“ besteht das Ziel im Vertrauensaufbau und in einer neutralen Annäherung an das Thema Rauchen. Nach einer Vorstellungsrunde und dem Aufstellen von Gruppenregeln sollen Erfahrungen ausgetauscht werden, die Raucher mit ihrer Familie, Freunden, Ärzten und anderen in Zusammenhang mit dem Rauchen gemacht haben. Diese meist aversiv empfundenen Reaktionen der Umwelt werden zunächst im Paarinterview benannt, dann in der Gruppe diskutiert und als Gegenbild zu der Art Auseinandersetzung, wie sie in „Rauchfrei - ich?!“ stattfinden soll, zusammengefasst.

In der zweiten bis vierten Kurssitzung soll die Ambivalenz der Teilnehmer bezüglich ihres Rauchverhaltens aufgebaut und verstärkt werden. In der zweiten Sitzung geschieht eine neutrale allgemeine Informationsvermittlung mittels eines Quiz über Rauchen, Nikotin und Aufhören, die noch Distanz gegenüber dem Thema erlaubt. Eine wertneutrale Rückmeldung über das eigene Rauchverhalten durch das Auswerten von zu Beginn ausgefüllten Fragebögen schließt sich dem Quiz an. Die Teilnehmer können ihre Werte mit Normen der Allgemeinbevölkerung vergleichen und tauschen sich in Paaren über ihre eigenen Schlussfolgerungen hinsichtlich ihres Rauchverhaltens aus. Der Kursleiter bewertet die Ergebnisse nicht. In der dritten Sitzung werden in zwei Gruppen allgemeine Argumente für und gegen das Rauchen und das Aufhören gesammelt. Zwei Teilnehmer müssen von den Gruppen durch ihre Argumente überzeugt werden. Schließlich wählt jeder Teilnehmer seine für sich persönlich zutreffenden Ar-

gumente aus und trägt sie auf einem Arbeitsblatt ein, das eine Entscheidungswaage darstellt. In der vierten Sitzung werden allgemeine Gedanken und Gefühle über das Rauchen und das Aufhören in der Runde aufgespürt. Anschließend identifiziert jeder Teilnehmer seine persönlichen aufhörhinderlichen Gedanken und Gefühle, die mit dem Aufhören verknüpft sind.

In Richtung Veränderung zu unterstützen ist das Ziel der letzten beiden Sitzungen. Begonnen wird damit, für die in der vierten Sitzung identifizierten hinderlichen Gedanken in der Gruppe individuell akzeptable Lösungen zu finden. Jeder Teilnehmer soll mit einer Auswahl möglicher Lösungen die Sitzung verlassen. In der sechsten Sitzung wird mit Hilfe einer Phantasiereise die Veränderungsstrategie vorbereitet. An der Metapher eines Bergsteiger-Rucksacks werden die Ressourcen der Teilnehmer auf individueller Ebene verdeutlicht (z.B. mein Stock ist mein Lebenspartner, mein Proviant die Motivation, meine Sicherheitsausrüstung eine Notfallkarte). Mit der abschließenden Phantasiereise auf den „Nichtraucher-gipfel“ wird eine Statusbeschreibung und eine Zielexplication hinsichtlich des zukünftigen Rauchverhaltens und des Erreichens eines rauchfreien Lebens angestrebt.

### **Vorläufige Erfahrungen zur Akzeptanz und Umsetzung des Manuals „Rauchfrei - ich?!“**

Da die Akzeptanz und praktische Umsetzbarkeit Grundvoraussetzungen für den Erfolg einer Maßnahme sind, wurden geschulte, aber in der Umsetzung des Kurses noch unerfahrene Vermittler (im Folgenden sog. *geschulte* Kursleiter), in der Kursdurchführung geschulte und erfahrene Vermittler (sog. *durchführende* Kursleiter) sowie eine kleine Stichprobe von Patienten, die an dem Kurs teilnahmen, zur Umsetzung und Akzeptanz befragt. Antworten auf vier Fragestellungen wurden dabei angestrebt:

- 1) Zielgruppe der Vermittler: Wer führt die Kurse an den Kliniken durch?
- 2) Zielgruppe der Raucher: Wer nimmt an den Kursen teil?

- 3) Umsetzung: Kann das Manual im Klinikalltag umgesetzt werden?
- 4) Akzeptanz: Wird das Manual von den Kursleitern und Patienten akzeptiert?

## 1. Methodik

### 1.1 Stichprobe und Durchführung

Insgesamt 48 geschulte Kursleiter aus 34 Rehabilitationskliniken in ganz Deutschland wurden zu dem Manual „Rauchfrei - ich?!“ befragt (die Auswahl der Kursleiter erfolgte klinikintern). Sie hatten das Manual „Rauchfrei – ich?!“ durchgearbeitet und an einer dreitägigen Schulung zu Tabakentwöhnungsmaßnahmen, insbesondere zu dem Manual „Rauchfrei - ich?!“, teilgenommen.

An zwei Kliniken wurde „Rauchfrei – ich?!“ im Rahmen einer Pilotstudie durchgeführt. Es nahmen 17 Patienten teil, die vor dem Programm mittels Fragebogen und nach jeder Kursstunde mit Hilfe eines Teilnehmertagebuches befragt wurden. In der dem Kurs vorgeschalteten Informationsveranstaltung wurden rauchende Patienten zur Teilnahme motiviert. Betont wurde dabei, dass in dem Kurs nicht das Aufhören, sondern das Reflektieren über das eigene Rauchverhalten im Mittelpunkt steht. Die Teilnahme war freiwillig, und die Teilnehmer gaben schriftlich ihre Einwilligung, die wissenschaftliche Begleitung zu unterstützen. In insgesamt sechs Kursstunden in einem Zeitraum von 3-6 Wochen wurden die Inhalte in Gruppen à sechs und elf Teilnehmer vermittelt. Die zwei durchführenden Kursleiter dieser Kurse füllten nach jeder Sitzung einen Beurteilungsbogen aus.

### 1.2 Messinstrumente

#### 1.1.1 Zielgruppe der Vermittler und Raucher

Von den geschulten Kursleitern liegen die soziodemografischen Daten, Angaben zur beruflichen Ausbildung und der Erfahrung mit Tabakentwöhnungsinterventionen vor. Bei den Patienten erfolgt die Erhebung der soziodemografischen Angaben (Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit und Familienstand) mit Items der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland (Kraus und Augustin, 2001), aus der ebenso die Fragen zur Rauchanamnese (Anzahl der Zigaretten pro Tag, durchschnittliche Rauchdauer) stammen. Die Tabakabhängigkeit wird mit dem Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) (Heatherton et al., 1991) erhoben. Die Änderungsbereitschaft der Raucher wird wie oben beschrieben in Anlehnung an das Stufenmodell von Prochaska und DiClemente erfasst (s. Jäkle et al., 1999).

#### 1.2.2 Umsetzung des Manuals

Die geschulten Kursleiter beurteilen die erwartete Umsetzung des Kurses anhand eines selbst entwickelten Items („Ich kann mir vorstellen, das MT durchzuführen“) auf einer Ratingskala von 1 (= stimmt überhaupt nicht) bis 5 (= stimmt völlig). Die beiden durchführenden Kursleiter schätzen nach jeder Sitzung sowohl die Menge der Umsetzung der vorgesehenen Inhalte auf einer zehnstufigen Skala von 0 bis 100 Prozent ein als auch die Güte der Umsetzung, indem sie sich für die Durchführung der Sitzung eine Art Schulnote von 1 bis 6 geben. Die Patienten beurteilen die Verständlichkeit der Kursinhalte

(„Die Inhalte der heutigen Sitzung waren gut verständlich“) nach jeder Sitzung auf einer Ratingskala von 1 (= stimmt überhaupt nicht) bis 5 (= stimmt völlig).

### 1.2.3 Akzeptanz der Kurse

Die geschulten Kursleiter können ihre Akzeptanz der Inhalte mittels der drei Items „Die Inhalte haben mir sehr gut gefallen“, „Ich stehe den Inhalten skeptisch gegenüber“, „Ich stehe den Inhalten negativ gegenüber“ ausdrücken. Diese Aussagen werden auf einer fünfstufigen Skala von „stimmt völlig“ bis „stimmt überhaupt nicht“ beurteilt. Die Patienten gaben nach jeder Sitzung eine Zustimmung zu drei Items ab, inwiefern die Teilnehmer die Inhalte interessierten, sie sinnvoll und gewinnbringend fanden und mit dem Alltag der Teilnehmer zu tun hatten. Außerdem geben Patienten und durchführende Kursleiter jeder Sitzung eine Note nach dem Schulsystem von 1 bis 6 („Insgesamt gebe ich der Sitzung heute die Note ...“).

### 1.3 Datenauswertung

Die deskriptive Auswertung erfolgt mittels SPSS getrennt für die drei Datenquellen (geschulte Kursleiter, durchführende Kursleiter, Patienten). Eine inferenzstatistische Auswertung ist angesichts der kleinen Stichproben nicht sinnvoll.

## 2 Ergebnisse der Erprobung

Die Ergebnisse werden anhand der vier oben genannten Fragestellungen berichtet. Dabei werden zu jeder Frage die entsprechenden Angaben von den geschulten Kursleitern, den durchführenden Kursleitern und den Patienten dargestellt.

### 2.1 Zielgruppe der Vermittler: Wer führt die Kurse an den Kliniken durch?

Von den insgesamt 48 geschulten Kursleitern, 22 Frauen und 26 Männern, sind mehr als die Hälfte Psychologen (52,1%) und ein Viertel Sozialpädagogen (25%). Zwei Krankenpfleger (4,2%) und drei Ärzte (6,3%) bilden zusammen mit sonstigen Ausbildungsrichtungen die Minderheit. Die Berufserfahrung der Therapeuten im stationären Rahmen beträgt durchschnittlich knapp zehn Jahre (SD: 6,4) mit minimal einem halben Jahr und maximal 26 Jahren. Erfahrung mit Rauchentwöhnung haben 64% der Kursleiter, die durchschnittliche Dauer der Erfahrung beträgt 6,4 Jahre (SD: 4,6).

### 2.2 Zielgruppe der Raucher: Wer nimmt an den Kursen teil?

Die Angaben der teilnehmenden Patienten ist in Tabelle 2 dargestellt. Es nahmen deutlich mehr Männer als Frauen teil. Über 50% der Patientenstichprobe sind ledig und arbeitslos. Weiterhin zeigt sich, dass die Patienten über einen sehr langen Zeitraum, im Durchschnitt 26 Jahre, Zigaretten konsumiert haben und durchschnittlich knapp 24 Zigaretten täglich rauchen. Etwa 40% erhalten einen FTND-Wert von größer als 4, der als deutliche Abhängigkeit definiert wird (Breslau und Johnson, 2000). Der größte Teil (58%) der Kursteilnehmer befindet sich in der Vorbereitungsphase, ein Drittel in der Absichtslosigkeit oder Absichtsbildung. Nur eine Person ist der Handlungsphase zuzuordnen.

Tabelle 2: Beschreibung der Teilnehmer des Kurses „Rauchfrei – ich?!“ (n=17)

Alter	Jahre	M=45,4 SD= (9,2)
Geschlecht	männlich	70,6% (n= 12)
Familienstand	ledig	52,9% (n=9)
Erwerbstätigkeit	arbeitslos	52,9% (n=9)
Menge	Anzahl pro Tag	M=23,9 SD= (11,9)
Zigarettenkonsum		
Zeit täglich geraucht	Jahre	M=26,3 SD= (7,6)
Fagerström-Test	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sehr gering (0-2)</li> <li>• gering (3-4)</li> <li>• mittel (5-6)</li> <li>• stark (7-8)</li> <li>• äußerst stark (9-10)</li> </ul>	41,2% (n=7) 17,6% (n=3) 5,9% (n=1) 29,4% (n=5) 5,9% (n=1)
Aufhörmotivation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absichtslosigkeit</li> <li>• Absichtsbildung</li> <li>• Vorbereitung</li> <li>• Handlung</li> <li>• Aufrechterhaltung</li> <li>• keine Angabe</li> </ul>	11,8% (n=2) 17,6% (n=3) 58,8% (n=10) 5,9% (n=1) 0% 5,9% (n=1)

### 2.3 Umsetzung des Manuals: Kann das Manual im Klinikalltag und für die Patienten gut umgesetzt werden?

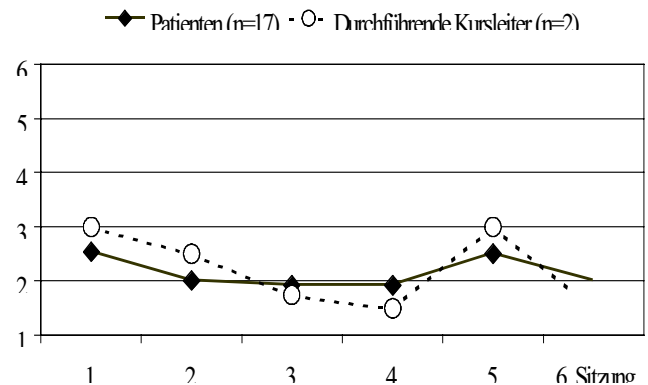
Die geschulten Kursleiter schätzen die Durchführbarkeit des Manuals „Rauchfrei – ich?!“ an ihrer Klinik auf einer Skala von 1 bis 5 durchschnittlich sehr positiv ein (M=1,72, SD=.81). Die durchführenden Kursleiter (n=2) berichteten zwischen 70 und 100% (M= 90%) der vorgesehenen Inhalte der einzelnen Sitzungen umgesetzt haben zu können. Hinsichtlich der Güte der Durchführung gaben sich die durchführenden Kursleiter Noten von 1,5 bis 4 (M=2,3), attestierten sich also durchschnittlich eine gute Umsetzung der Inhalte. Die Patienten-angaben unterstützen diese positive Einschätzung: Im Durchschnitt über die sechs Sitzungen schätzten sie die Verständlichkeit der Inhalte auf einer Skala von 1 bis 5 als gut ein (M=1,7, SD=.62).

### 2.4 Akzeptanz der Kurse: Wird das Manual von den Kursleitern und Patienten akzeptiert?

Die geschulten Kursleiter bewerten das Manual „Rauchfrei - ich?!“ sehr positiv. Ihnen haben die Inhalte sehr gut gefallen (Skala 1 bis 5, M=1,7, SD=.71). Skepsis (M=4,3, SD= .84) oder eine negative Einschätzung (M=4,8, SD=.57) wird kaum berichtet.

Die Patienten berichten im Durchschnitt (Skala 1 bis 5), die Inhalte der sechs Sitzungen seien sinnvoll und gewinnbringend (M=1,93, SD= .65) und hätten mit ihrem Alltag zu tun (M=1,59, SD= .54). Als besonders gewinnbringend wurden die Sitzungen 2, 3 und 6 beurteilt, die schlechteste, dennoch noch gute Bewertung erhielt die 5. Sitzung. Auf der Ratingskala zur Alltagsnähe von 1 (große) bis 5 (keine) wurde keine Sitzung schlechter als 2 eingestuft. Die Benotung der einzelnen Sitzungen durch Patienten und durchführende Kursleiter nach Art einer Schulnote von 1 bis 6 ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Stundenspezifische Benotung (Note 1 bis 6) der sechs Sitzungen von „Rauchfrei – ich?!“



Die durchschnittlichen Noten für die einzelnen Sitzungen befinden sich bei Patienten und durchführenden Kursleitern im sehr guten bis befriedigenden Bereich. Über die ersten vier Sitzungen wird die Gesamtbeurteilung positiver. Die fünfte Stunde wird am negativsten beurteilt.

### Diskussion und Ausblick

Mit „Rauchfrei – ich?!“ steht ein Kurs für Raucher zur Verfügung, der theoretisch fundiert und praxisorientiert ist. Theoretische Annahmen des transtheoretischen Modells von Prochaska und DiClemente (1986) und Techniken des Motivational Interviewing (Miller und Rollnick, 1999) wurden für die Entwicklung des Manuals zielgruppen- und rauchspezifisch transformiert oder übernommen. Praxisorientierung zeigt sich in zweifacher Weise. Zum einen füllt „Rauchfrei - ich?!“ eine Lücke im Tabakentwöhnungsangebot, das für die Mehrheit der Raucher in der Phase der Absichtslosigkeit oder Absichtsbildung bisher kein passendes Gruppenprogramm bereit hielt. Zum anderen wurden bei der Manualentwicklung die organisatorischen Rahmenbedingungen von Rehabilitationskliniken berücksichtigt, um eine spätere Etablierung des Programms zu vereinfachen.

Die Erprobung des Manuals zeigte, dass die potenziellen Kursleiter, die von den Kliniken zur Durchführung vorgesehen werden, zum überwiegenden Teil berufserfahren und viele auch in der Tabakentwöhnung bereits lange tätig sind. Die Schulung der Kursleiter kann also auf Erfahrung mit Gruppen und Patienten aufbauen. Eine Schulung erscheint aber auch oder gerade bei erfahrenen Raucherentwöhnungsspezialisten angebracht, da „Rauchfrei - ich?!“ auf Motivational Interviewing basiert, das „vertraute Muster im Umgang mit Klienten“ in Frage stellt (Miller und Rollnick, 1999, S. 174). Gemeint ist hier z.B. die Überzeugung, dass Aufhörmotivation nicht einen vom Patienten allein beeinflussten Zustand, sondern eine Verhaltenswahrscheinlichkeit darstellt, die in großem Maße auch vom Therapeutenverhalten abhängt. Die zugewandte, empathische Grundeinstellung lässt sich nicht anlesen und bedarf einer intensiven Schulung und Supervision (Miller und Rollnick, 1999).

Die zu erwartenden Teilnehmer des Kurses sind langjährige, starke Raucher. Zum großen Teil liegt neben ihrem eigentli-

chen Rehabilitationsgrund eine Nikotinabhängigkeit vor. Tabakentwöhnung ist also indiziert. Dennoch wurde zumindest in der Erprobungsphase die eigentliche Zielgruppe der Raucher nicht erreicht. Explizites Ziel von „Rauchfrei – ich?!“ ist die Begleitung von Rauchern aus der Absichtslosigkeit oder Absichtsbildung in die Vorbereitungsphase des Aufhörens. Die meisten Teilnehmer befanden sich aber nicht im Stadium der Absichtslosigkeit oder der Absichtsbildung, sondern waren in ihrer Änderungsbereitschaft schon weiter fortgeschritten. Wir erklären dieses Phänomen damit, dass der Kurs auf Freiwilligkeit beruht. Damit können sich absichtslose Raucher, die per Definition nicht an der Auseinandersetzung mit ihrem Rauchverhalten interessiert sind, dem Kurs entziehen. Wir würden erwarten, dass sich mehr absichtslose Raucher in den Kursen wiederfinden, wenn sie zwar nicht zu einer Teilnahme gezwungen, aber mit dem höchstmöglichen Maß an Nachdruck durch das behandelnde Klinikpersonal dazu verpflichtet würden. Entscheidend dabei ist, den Kurs nicht als Tabakentwöhnungsmaßnahme, sondern als Informations- oder Veranstaltungsreihe für Raucher zu propagieren. Damit würde nochmals der Schwerpunkt des Kurses, nämlich die Auseinandersetzung mit dem Thema Rauchen und nicht das Aufhören, betont und die weniger aufhörwilligen Raucher möglicherweise mehr angesprochen und weniger abgeschreckt. Das Manual kann der Einschätzung zukünftiger Kursleiter und den Erprobungsergebnissen zufolge im Klinikalltag gut umgesetzt werden. Auch sind die Materialien für die Patienten gut verständlich. Ebenso positiv ist die Akzeptanz der Kursleiter und Patienten. Diskussionswürdig ist die relativ wenig positive Beurteilung der fünften Sitzung. Sie hat die kognitive Umstrukturierung hinderlicher Aufhörgedanken zum Thema, was nach persönlicher Auskunft der Kursleiter eine schwierige Aufgabe für sie und auch für die Patienten war. Aufgrund dieser Erfahrung wurde die Sitzung überarbeitet. Vor die eigentliche Umstrukturierung wurde eine Einführung in das Thema „Gedanken – Gefühle – Verhalten“ hinzugefügt und der Fokus auf „Gedanken zum Aufhören“ und weniger auf „Gedanken zum Rauchen“ gelegt.

Etwas überraschend erscheint die positive Akzeptanz durch die Patienten vor dem Hintergrund, dass die eigentliche Zielgruppe von „Rauchfrei - ich?!“, nämlich absichtslose und absichtsbildende Raucher, in der Minderzahl war. Zwei ganz unterschiedliche Erklärungen sind hier möglich. Zum einen fühlen sich die Teilnehmer, die in ihrer Aufhörbereitschaft schon weiter fortgeschritten waren, möglicherweise durch die Manualinhalte nicht angegriffen und empfanden die empathische Atmosphäre, bedingt durch die Grundhaltung des Therapeuten, als positiv und gewinnbringend. Zum anderen haben sich die Teilnehmer möglicherweise auch durch die Inhalte angesprochen gefühlt und die Gelegenheit genutzt, ihre Motivation zu untermauern und zu festigen. Dies würde eine erhöhte langfristige Aufhörquote vermuten lassen. Genaue Erkenntnisse sind nach Abschluss der Hauptstudie „WIRK Wirksamkeit intensivierter Rauchentwöhnung in Kliniken“ möglich. Derzeit wird „Rauchfrei - ich?!“ von 46 Kursleitern in 34 Rehabilitationskliniken durchgeführt und mit der Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention verglichen.

## Literatur

- Baillie AJ, Mattick R, Hall W, Webster P (1994): Meta-analytic review of the efficacy of smoking cessation interventions. *Drug Alcohol Rev* 13:157-170
- Breslau N, Johnson EO (2000): Predicting smoking cessation and major depression in nicotine dependent smokers. *American Journal of Public Health*; 90:1122-1127
- Fiore MC, Baily WC, Cohen SJ et al. (2000): Smoking cessation. Clinical Practice Guideline, 18. Rockville, M.D.: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC und Fagerström KO (1991): The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 86:1119-1127
- Jäkke C, Keller S, Baum E, Basler HD (1999): Skalen zur Selbstwirksamkeit und Entscheidungsbalance im Prozess der Verhaltensänderung bei Rauchern. *Diagnostica* 45:138-146
- Keller S, Velicer WF, Prochaska JO (1999): Das transtheoretische Modell – eine Übersicht. In: Keller S (Hrsg.): *Motivation zur Verhaltensänderung. Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg: Lambertus, S. 17-44
- Kraus L, Augustin R (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47, Sonderheft
- Kröger C (2000): *Gesundheitsförderung konkret. Band 2. Rauchentwöhnung in Deutschland*. BZgA: Köln
- Kröger C (2002): *Raucherentwöhnung in Deutschland*. Vortrag, präsentiert auf der Tagung des WHO-Partnerschaftsprojekts vom 17. - 18. Juni 2002, Bonn
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U (1999): Einflußgrößen der Änderungsmotivation bei Rauchern und Personen mit riskantem Alkoholkonsum und der Allgemeinbevölkerung: Das "Transitions in Alcohol Consumption and Smoking" (TACOS) Projekt. In: Keller S (Hrsg.): *Motivation zur Veränderung. Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg : Lambertus, S. 93-102
- Miller WR (1983): Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother* 11:147-172
- Miller WR (1996): Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addict Behav* 21:835-842
- Miller WR, Rollnick S (1991): *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: The Guilford Press
- Miller WR, Rollnick S (1999): *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus
- Prochaska JO, DiClemente CC (1986): Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N (eds.): *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum Press, p. 3-27
- Rollnick S, Miller WR (1995): What is motivational interviewing? *Behav Cognit Psychother* 23:325-334
- Silgay C, Mant D, Fowler G, Lancaster T (1999): Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Library* 3/99

**Dipl.-Psych. Karin Metz, Dr. Anneke Bühler,  
Cand. Psych. Gabi Schmid und Dr. Christoph Kröger**  
Institut für Therapieforchung  
Parzivalstr. 25 • 80804 München  
Tel: 089/36080485 • Fax: 089/36080469  
E-Mail : [metz@ift.de](mailto:metz@ift.de)