

DOKUMENTATION DES PROJEKTS
DER BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA):
"EINE CHANCE FÜR RAUCHER - NICHTRAUCHER IN 10 WOCHEN"

MÜNCHEN 1984

050047

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



_____verein für psychosoziale beratung
und prävention e.v.

DOKUMENTATION DES PROJEKTS

DER BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA):

„Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in 10 Wochen“

München 1984

Projektleitung: Dipl.-Psych. Lothar Kreuzer
 Dipl.Soz.Päd. Thomas Stadler

unter Mitarbeit von: Dipl.-Psych. Cornelia Schwartz-Deutz
 Dipl.-Psych. Sibylle Stegner
 Ute Stammberger

im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 50047
(13.2.68)

Unser besonderer Dank für die Unterstützung gilt Herrn W. Bonß, Herrn K. Eder, Frau G. Halbach, Frau U. Hotopp, Herrn R. Mann-Luoma, Frau H. Mohn, Frau M. Nilson-Giebel, Frau E. Richard, Frau E. Sedlmayr sowie den Vertretern der Reha-Kliniken.

GLIEDERUNG

		Seite
1.	Die Bedeutung des Surgeon Generals Report für die Forschung und gesundheitspolitische Maßnahmen zum Rauchen	1
1.1	Ziele und Ergebnisse des Surgeon Generals Report	1
1.2	Auswirkungen des Surgeon Generals Report auf Tabakherstellung, Tabakverbrauch und in der Forschung	5
1.3	Gesundheitspolitische Schlußfolgerungen und Maßnahmen in der BRD	7
2.	Entwicklung eines Raucherentwöhnungsprogramms im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	10
2.1	Bestandsaufnahme unterschiedlicher Ansätze	11
2.2	Experimentelle Überprüfung unterschiedlicher Therapiemethoden	17
2.3	Entscheidung für die Methode der Selbstkontrolle	23

3.	Erste Versuche der breitenwirksamen Umsetzung des Therapiekonzeptes	27
3.1	Brieftherapie	27
3.2	Bereitstellung der Methode für die Fachöffentlichkeit	28
4.	Das Kursprogramm "Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in 10 Wochen"	32
4.1	Bestandteile und Aufbau des Pro- gramms	33
4.1.1	Teilnahmeerklärung	34
4.1.2	Registrierkarte	34
4.1.3	Tageskarte, Situationsfragebogen und Fragebogen "Wie rauche ich?"	35
4.1.4	Selbstkontrollregeln und Kontrakt- management	36
4.1.5	Motivationskarte und -skala	39
4.1.6	Rollenspieltechniken	41
4.1.7	Bedeutung des Kursleiters in der Gruppe	42
4.2	Implementierung des Programms an Institutionen der Erwachsenenbildung	44
4.2.1	Probleme der Implementierung	44
4.2.2	Erste Erfahrungsaustausch-Seminare	46
4.3	Kursleiterschulung	48
4.3.1	Manuale für Kursleiter	49
4.3.2	Inhalte und Aufbau der Einwei- sungsseminare für Kursleiter (Kurs- leiterschulungen)	52

4.4	Statistisches Material zu Kursleitern und zu Kursdurchführungen	55
4.4.1	Berufsgruppenzugehörigkeit der Schulungsteilnehmer und entsendende Institutionen	56
4.4.2	Anzahl durchgeführter Kurse bezogen auf einzelne Institutionen	58
4.4.3	Anzahl der Kursdurchführungen pro Schulungsteilnehmer	59
5.	Übertragung des Kursprogramm auf verschiedene Medien	62
5.1	Hörfunk	62
5.1.1	Medienspezifische Gesichtspunkte der Umsetzung	62
5.1.2	Entwicklung und Implementierung des Hörfunkprogramms	64
5.1.3	Wirksamkeit des Hörfunkprogramms im Vergleich zum Gruppentrainingsprogramm	67
5.2	Fernsehen	69
5.3	Bildschirmtext	71
6.	Abwandlung der Methode im klinischen Bereich	75
	Literatur	77

1. Die Bedeutung des Surgeon Generals Report für die Forschung und gesundheitspolitische Maßnahmen zum Rauchen

Bereits im frühen 16.Jh., kurz nach dem der Tabak aus der neuen Welt nach Spanien und England eingeführt war, stellte sich die Frage nach den gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakrauchens, deren Beantwortung bis weit in das 20.Jh. hinein von Uneindeutigkeit und Unsicherheit gekennzeichnet war. Erst im Jahre 1964 wurde im Surgeon Generals Report in umfassender Form der Erkenntnisstand über gesundheitliche Auswirkungen des Tabakkonsums dokumentiert.

Von da an konzentrierten sich Forschung und gesundheitspolitische Maßnahmen zur Prävention verstärkt auf den Abbau des Zigarettenkonsums, da von allen Formen des Tabakgenusses das gewohnheitsmäßige Rauchen von Zigaretten mit dem höchsten Gesundheitsrisiko verbunden zu sein schien.

1.1 Ziele und Ergebnisse des Surgeon Generals Report

Der Bericht des Beratungskomitees an den Chef der staatlichen amerikanischen Gesundheitsbehörde, Mr. Luther L. Terry, mit dem Titel "Smoking and Health", zitiert als Terry-Report oder Report des Surgeon Generals, ist in der Geschichte der Forschung zu diesem Thema einmalig. Sein Erkenntnisstand, der im Laufe der letzten 20 Jahre differenziert, erweitert, geringfügig modifiziert und Grundlage zahlreicher Therapiekonzepte wurde, ist bis heute nicht überholt. Länder wie die BRD, die Untersuchungen an entsprechend großen Erhebungskollektiven nicht durchführen können, greifen noch immer auf Ergebnisse großer Verlaufsuntersuchungen, wie sie der Terry-Report darstellt, zurück, um sie auf die Verhältnisse in ihrem Land zu übertragen (vgl. Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1974, S.3).

Die im Terry-Report veröffentlichten Erkenntnisse waren nicht sämtlich neu. Seit den 30er Jahren waren eine Fülle von Einzeluntersuchungen erschienen, die in den USA dann in großen Verlaufsuntersuchungen seit den 50er Jahren überprüft wurden. Zwischen 1950 und 1964 waren auf der Basis der Ergebnisse dieser Studien Verlautbarungen zahlreicher internationaler Institutionen (Krebs-Gesellschaften, Tuberkulose-Zentren, Herz-Gesellschaften, Gesundheits- und Wohlfahrtsministerien in Großbritannien, Nordeuropa und Holland, den USA und Kanada), die das Rauchen als ein wichtiges Gesundheitsrisiko darstellten, zu registrieren.

Die 1962 erschienene Untersuchung der Königlichen Ärztekommision Großbritanniens zum Thema "Rauchen und Gesundheit" war für die amerikanischen Gesundheitsbehörden ein letzter Anstoß, die umfangreichen Untersuchungen seit den 50er Jahren in einer umfassenden Studie im Jahre 1964 an die Öffentlichkeit zu bringen.

Ziel des Berichtes war es, zu klären, ob Tabakgenuß zu verschiedenen Krankheiten in ursächlicher Beziehung stand, insbesondere zu Lungenkrebs, koronaren Durchblutungsstörungen, chronischer Bronchitis und Emphysem. Die Mortalitätsrate dieser Krankheiten war besonders in den Jahrzehnten seit dem 2. Weltkrieg überproportional angestiegen. Parallel dazu war im gleichen Zeitraum ein starker Anstieg des Zigarettenkonsums zu verzeichnen, während andere Formen des Tabakgenusses, wie das Zigarren- und Pfeifenrauchen oder der Kautabakgenuss in der Jahresmenge pro Kopf abfallende Tendenzen aufwiesen.

Wissenschaftlich gesicherte Ergebnisse aus klinischen und experimentellen Untersuchungen wurden im Terry-Report referiert und dienten der Hypothesenbildung. In Verbindung mit Daten aus epidemiologischen Studien konnten Aussagen über die ursächliche Bedeutung des Rauchens als Faktor für Morbidität

und Mortalität bei verschiedenen Krankheitsbildern getroffen werden. Epidemiologische Methoden waren für den Report für die Einschätzung kausaler Faktoren in der Beziehung Rauchen und Gesundheit von großer Bedeutung.

In 29 retrospektiven Studien wurde das Rauchverhalten von Lungenkrebspatienten mit dem einer Kontrollgruppe von Gesunden verglichen. Alle Untersuchungen zeigten, daß unter Lungenkrebspatienten proportional mehr Zigarettenraucher zu finden sind als in der Kontrollgruppe der Gesunden.

Diese Aussagen wurden von 7 prospektiven Untersuchungen bekräftigt. Die Daten erlaubten direkte Vergleiche zwischen Rauchern und Nichtrauchern im Hinblick auf die Gesamtmortalität sowie die Inzidenz- und Mortalitätsrate bezogen auf bestimmte Krankheitsbilder.

Die epidemiologischen Untersuchungen im Surgeon Generals Report bewiesen durch die Menge der Informationen aus retro- und prospektiven Erhebungen klar, daß ein Zusammenhang zwischen erhöhter Mortalität und Zigarettenrauchen besteht. Die ursächliche Bedeutung des Risikofaktors Rauchen konnte aus reinen Todesursachen-Statistiken nicht abgelesen werden. Sie war Resultat einer komplizierten Einschätzung des Beraterkomitees, das Daten sämtlicher Untersuchungen zueinander in Beziehung setzte. In einem umfangreichen Methodenkapitel wurde darüber Rechenschaft abgelegt.

Wesentlichstes Ergebnis des Terry-Report war die Einschätzung der Wissenschaftler, Zigarettenrauchen als kausalen Faktor für Lungenkrebs bei Männern als bewiesen anzusehen. Untersuchungen bei Frauen waren damals noch nicht abgeschlossen, neuere Studien lassen jedoch vergleichbare Aussagen zu.

Für krankhafte Veränderungen der Arterien und Herzkranzgefäße konnte eine kausale Beziehung zum Zigarettenkonsum nicht eindeutig bewiesen werden. Das Komitee empfahl aber aufgrund

der vorliegenden Daten im Interesse der öffentlichen Gesundheit einen solchen Zusammenhang zu postulieren.

Der Terry-Report wies darüberhinaus positive Korrelationen des Zigarettenrauchens mit einer großen Zahl anderer Krankheitsbilder auf unterschiedlichem Signifikanzniveau aus: So konnten u.a. chronische Bronchitis, Kehlkopf-, Speiseröhren- und Blasenkrebs in Verbindung zum Zigarettenkonsum gebracht werden.

Die gesundheitsschädigende Wirkung des Tabakkonsums wurde dabei zum einen auf die im Rauch enthaltenen cancerogenen Stoffe, zum anderen auf die Beeinträchtigung der Selbstreinigungsfunktion der Atemorgane durch eine Lähmung des Flimmerepithels zurückgeführt.

Neben den Untersuchungen zu gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums setzt sich der Terry-Report mit den Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Rauchverhaltens auseinander.

Es wird dabei nahegelegt, Rauchen als eine Gewohnheit und nicht als eine Sucht zu betrachten, da wichtige suchttypische Merkmale, wie der Zwang, sich die Droge mit allen Mitteln zu beschaffen, die Tendenz zur Dosissteigerung und ein ausgeprägtes physiologisches Entzugssyndrom fehlen würden. Das Rauchverhalten sei vorwiegend durch soziale und psychologische Faktoren motiviert und werde zu einem sehr geringen Anteil durch pharmakologische Prozesse aufrechterhalten.

Deshalb hätten Entwöhnungsversuche mit Ersatzstoffen wie Lobelin oder mit Tranquilizern eine ungünstige Prognose. Nach Ansicht des Komitees lägen die größten Chancen einer nachhaltigen Beeinflussung des Rauchverhaltens in einem Einwirken v.a. auf die psychologischen Faktoren.

1.2 Auswirkungen des Surgeon Generals Report auf Tabakherstellung, Tabakverbrauch und in der Forschung

Die Veröffentlichung des Terry-Report und aller nachfolenden Berichte über nachgewiesene Zusammenhänge zwischen Zigarettenrauchen und Gesundheitsschädigung blieben in den Entwicklungsländern ohne Einfluß auf den Tabakverbrauch, in den Industrieländern führte sie zu keinem anhaltenden Rückgang des Zigarettenkonsums (WHO, 1970).

Nach Ansicht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der Tabakverbrauch voraussichtlich weiter zunehmen, ebenso der Trend zur Zigarette, deren Produktion auf ca. 50 % aller Tabakwaren angestiegen ist. Der Zigarettenverbrauch pro Kopf der Bevölkerung war in der Bundesrepublik nach einer Erhebung aus dem Jahre 1972 seit den 60er Jahren um mehr als 100 % gestiegen (Brenzelmann, 1977, S.9).

Die Publizierung der Aussagen über die gesundheitlichen Folgen des Zigarettenkonsums konnte nur Effekte von kurzer Dauer bewirken:

So hatte in den USA eine Pressekampagne im Jahre 1953 ein deutliches Absinken des Zigarettenkonsums für einen Zeitraum von 2 Jahren bewirkt, daß aber durch einen überproportionalen Anstieg in den folgenden Jahren wieder ausgeglichen wurde. Das gleiche Phänomen ist bei Erscheinen des Terry-Report 1964 zu verzeichnen.

Für Großbritannien wurde im Bericht der Königlichen Ärztekommision 1977 diese Phänomen bestätigt, für die BRD läßt sich ein kurzzeitiger Rückgang des Zigarettenverbrauches im Jahre 1967 mit einer Verbreitung der Erkenntnisse des Surgeon Generals Report erklären.

Sowohl in den USA als auch in anderen Ländern führten die Aussagen des Terry-Report zu einer Intensivierung der Forschungstätigkeit im Hinblick auf die Gewinnung genauerer

Erkenntnisse zur Schädlichkeit des Rauchens sowie im Hinblick auf Möglichkeiten, das Rauchverhalten zu beeinflussen.

Als Reaktion hierauf sah sich die Tabakindustrie auch in der BRD gezwungen, in eigenen Instituten die Forschungsarbeiten auszudehnen auf die Entwicklung leichterer Tabake und Zigaretten mit Tabakersatzstoffen sowie die Entwicklung der Filterzigarette, die die Auswirkung cancerogener Substanzen im Rauch eindämmen sollte, voranzutreiben (vgl. dazu Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1974, S.12f.).

Hiermit begegnete die Tabakindustrie der von seiten der Gesundheitsbehörden zunehmend lauter werdenden Forderung nach einer Verringerung des Teer- und Nikotingehaltes im Rauch einer Zigarette.

Eine weitere Reaktion auf die neuesten Erkenntnisse über die gesundheitsschädigenden Wirkungen des Rauchens stellte die verstärkte internationale Therapiediskussion in der medizinischen und psychologischen Fachöffentlichkeit dar. Keutzer, Lichtenstein & Mees sahen in der beeindruckend hohen Zahl von Untersuchungen über das Rauchverhalten seit dem Terry-Report zwei aufeinander bezogene Komponenten:

Zum einen eine praktische Ausrichtung mit dem Versuch, das Rauchverhalten besser zu verstehen und damit behandeln zu können sowie daraus präventive Strategien zu entwickeln, zum anderen eine Ausarbeitung methodologischer Fragestellungen, für die sich das Forschungsfeld des Rauchverhaltens anzubieten schien.

Als ein Ausdruck der durch die Aussagen des Terry-Report eingeleiteten Therapiediskussion kann auch die Einrichtung zahlreicher Entziehungskliniken privater und öffentlicher Träger in den Vereinigten Staaten und in vielen europäischen Ländern angesehen werden (Keutzer, Lichtenstein & Mees, 1968, S.124 u. 127, Königliche Ärztekommision, 1978, S.118).

1.3 Gesundheitspolitische Schlußfolgerungen und Maßnahmen in der BRD

Die immer deutlicher werdenden gesundheitlichen Gefahren, die der rauchenden Bevölkerung drohten und die damit einhergehenden volkswirtschaftlichen Implikationen alarmierten in der 2. Hälfte der 60er Jahre die nationalen Gesundheitsbehörden und freien Wohlfahrtsverbände, die Regierungen der Industrieländer, den Europarat und vor allem die Weltgesundheitsorganisation.

In der Bundesrepublik wird im Jahre 1974 in der Beantwortung einer Anfrage an den Bundestag festgestellt, daß trotz der Tendenzumschwünge im Raucherverhalten hin zur Filterzigarette und der dankenswerten Forschungsbemühungen der Tabakindustrie die tatsächliche Verbrauchersituation von einer gesundheitspolitisch duldbaren Lage weit entfernt sei. Das Rauchen erwies sich zunehmend als gesundheitspolitischer Konfliktfall. Angesichts der zu erwartenden Auswirkungen sei es notwendig, präventive Strategien zu entwickeln und zu verstärken.

Als vorrangigste Aufgabe begriffen die Behörden die Aufklärung über gesundheitsschädigende Wirkungen des Zigarettenrauchens, die in gesteuerten Kampagnen über Plakate, Zeitungen, Hörfunk, Fernsehen, Filmmaterialien, Vorträge und Aktionen in Betrieben und Behörden verbreitet wurde. Die auf Abschreckung abzielenden Informationen hatten bei weitem nicht den erhofften Erfolg, was aus theoretischer Sicht auch naheliegend scheint (vgl. dazu 2.2; Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1975, S.21f. und WHO, 1970, S.9).

Nachfolgende Aufklärungskampagnen orientierten sich eher an einer Stärkung des Image des Nicht-Rauchers. Beispiele hierfür sind Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wie "Hausaktionen" in Behörden und Betrieben zum

Schutze des Nichtraucher, Aktionen unter dem Slogan "Der neue Trend - No smoking please" oder die Entwicklung von Unterrichtseinheiten zum Thema "Rauchen" für die Altersgruppe der 11-14jährigen als Präventivmaßnahmen für Jugendliche vor Eintritt des Rauchbeginns (Feser, 1974; BZgA, 1973).

Daneben wuchs jedoch die Erkenntnis, daß selbst bei optimaler Nutzung aller Kanäle der Aufklärung (Einrichtungen des Erziehungswesens, Berufs-, religiösen, kulturellen und sozialen Gruppen und Vereinen) die öffentliche Breitenarbeit nur einen Anstoß zu einer Veränderung individuellen Rauchverhaltens geben könne, im Allgemeinen sei ein individuelles Vorgehen und persönliche Hilfe zusätzlich notwendig (WHO, 1970, S.9).

In einer 1970 von der WHO veröffentlichten Liste der wichtigsten Mittel im Kampf gegen die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens wird der Breitenaufklärung im Paket der Forderungen auch nur noch eine beschränkte Bedeutung zugemessen (WHO 1970, S.7).

Einen weiteren Ansatzpunkt für gesundheitspolitische Maßnahmen stellte eine qualitative und quantitative Beschränkung der Werbung für Tabakerzeugnisse dar.

In der BRD wurde eine derartige Beschränkung 1974 im Gesetz zur Neuordnung und Bereinigung des Rechts im Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen in § 22 geregelt:

Absatz 1 dieses Gesetzes verfügt ein Verbot der Werbung im Fernsehen und Hörfunk für Zigaretten und Zigarettentabak.

In Absatz 2 werden Verbote für folgende Werbeinhalte und -aussagen ausgesprochen:

- Werbegestaltung, die den Eindruck erwecken, daß der Konsum von Tabakerzeugnissen gesundheitlich unbedenklich sei oder gar die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden steigere.
- Die Ansprache von Jugendlichen und Heranwachsenden.
- Gestaltungen, die das Inhalieren des Tabakrauchs als nach-

ahmenswert erscheinen lassen.

- Bezeichnungen oder sonstige Angaben, die darauf hindeuten, daß Tabakerzeugnisse natürlich oder naturrein seien.

Ähnliche Bestimmungen gelten für die USA und viele europäische Staaten, wurden dort häufig jedoch schon zu einem früheren Zeitpunkt durchgesetzt.

Einer Beeinflussung des Rauchverhaltens durch gezielte Verteuerungen von Tabakprodukten (Steuern) wurde zumindest in der BRD keine große Wirksamkeit zugestanden. Eine unterschiedliche Besteuerung von "leichten" und "starken" Tabaken wurde diskutiert, letztendlich aber verworfen (Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1979, S.25).

Als weitere gesundheitspolitische Maßnahme wurde in der BRD der Nichtraucherschutz intensiviert bzw. geschaffen. Beispiele hierfür sind Rauchverbote in öffentlichen Nahverkehrsmitteln, die Einrichtung und Erweiterung von Nichtraucherabteilen in Bahn und Flugzeug und von Nichtrauchertaxen oder der Schutz des Nichtrauchers am Arbeitsplatz (vgl. hierzu Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1975, S.17ff.).

Eine spezielle Einschränkung für das Rauchverhalten Jugendlicher bestand bereits seit 1957 in Form des § 9 des Gesetzes zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit (JöschG). Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren wird hierin das Rauchen in der Öffentlichkeit untersagt.

2. Entwicklung eines Raucherentwöhnungsprogramms im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Anfang der 70er Jahre waren die Erkenntnisse über die schädlichen Auswirkungen des Tabakrauchens nicht nur in der Fachöffentlichkeit unumstritten, sondern auch allmählich ins Bewußtsein einer breiteren Öffentlichkeit gerückt. Das Tabakrauchen war als ernstzunehmendes und weitverbreitetes Gesundheitsrisiko erkannt worden; als Verhalten mit hohen persönlichen, gesundheitlichen sowie volkswirtschaftlich bedeutenden Folgen. Eine Veränderung der Tabakkonsumgewohnheiten schien nur mit Hilfe breitangelegter gesundheitserzieherischer Maßnahmen erfolgversprechend und fiel insofern in den Kompetenzbereich der BZgA.

Der Errichtungserlaß des Bundesministers für Gesundheitswesen vom 20. Juli 1967 nennt als wichtigste Aufgaben der BZgA an erster Stelle "die Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung."

Als Hauptziele der Arbeit der BZgA werden die Herausbildung einer gesundheitsbewußten und -förderlichen Lebensweise im Rahmen der Gesamterziehung des Menschen, und die möglichst weitgehende Erhaltung der Gesundheit angesichts vielfältiger Risiken physischer, psychischer und sozialer Art genannt (BZgA 1982).

Dies beinhaltet die Förderung von Lebensumständen und Lebensweisen, die Gesundheit begünstigen, Beeinträchtigungen abbauen und Gefährdung vermeiden helfen (Primärprävention), Hilfsangebote zum Abbau bereits ausgeprägter Gesundheitsrisiken (Sekundärprävention) sowie die Stabilisierung von bei chronisch Kranken verbliebenen Gesundheitsanteilen (Tertiärprävention). Für eine Veränderung der Tabakkonsumgewohnheiten bot sich als mittelfristige Perspektive die Entwicklung einer wirksamen Rauchertherapie an. Eine solche Therapie erfüllt

sowohl sekundär- als auch tertiärpräventive Aufgaben und leistet unter Umständen auch einen Beitrag zur Primärprävention.

Letzteres gilt insofern, als jedes gezeigte Verhalten gleichzeitig potentiell Modellfunktion für andere Personen hat; so daß z.B. Kinder nichtrauchender bzw. vom Rauchen entwöhnter Eltern mit größerer Wahrscheinlichkeit gar nicht erst beginnen zu rauchen als Kinder, deren "Verhaltensmodelle" rauchen.

Auf diesem Hintergrund vergab die BZgA 1970 zusammen mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung den Auftrag, ein wirksames Raucherentwöhnungsprogramm zu entwickeln und zu erproben, an das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München.

Ein solches Programm sollte dauerhafte Veränderungen des Rauchverhaltens hervorrufen, ökonomisch einsetzbar und breit anwendbar sein und möglichst darüberhinaus den Klienten befähigen, sich bei Rückfällen selbst zu therapieren. Außerdem sollte es wissenschaftlich fundiert sein (Bregelmann 1976 b, S.31f).

2.1 Bestandsaufnahme unterschiedlicher Ansätze

In der Anfangsphase des Entwicklungsprojektes wurden die unterschiedlichen, traditionell praktizierten Behandlungsansätze auf ihre Brauchbarkeit untersucht. Die Ergebnisse waren nicht sehr ermutigend (s.dazu Keutzer, Lichtenstein & Mees, 1968; Bregelmann und Sedlmayr, 1976).

Die verschiedenen Ansätze lassen sich generell in 4 Therapieklassen einteilen: Medizinisch orientierte Rauchertherapien, Aufklärung, Psychotherapie und die damals raltiv neu etablierten Methoden der Verhaltensmodifikation (systematische Desensibilisierung, Selbstkontrolle und aversive Techniken

wie negative Übung, Elektroaversion, verdeckte Sensibilisierung).

In den medizinisch orientierten Rauchertherapien werden entweder Nikotinersatzstoffe (Lobelin) verabreicht, oder solche Drogen, die die Symptome der Nervosität, der Ermüdung, des Appetits und der Reizbarkeit während der Entwöhnung unterdrücken. Zu diesen Drogen gehören Tranquilizer, Anticholinergika und Amphetamine. Die Studien zur Wirksamkeit dieser Medikamente waren zwar zumeist experimentell recht gut kontrolliert, erbrachten aber keinen annehmbaren Beleg dafür, daß die bloße Verabreichung von Tabletten ausreicht.

Hypnosebehandlung ist ebenfalls den medizinisch orientierten Ansätzen zuzuordnen. Hypnosebehandlungen brachten oft gute Ergebnisse, allerdings wurden zumeist nur Einzelpersonen behandelt. Langzeitkontrollen und Vergleichsdaten fehlten.

Aufklärung war und ist eine weitere, häufig praktizierte Behandlungsmethode, deren Wirksamkeit im Allgemeinen überschätzt wird. Die bekanntgewordenen Aufklärungskampagnen, bis hin zum Verbot von Anzeigen und Werbung, wie sie in den USA intensiv durchgeführt wurden, erzielten keine nennenswerten Resultate.

Aus lerntheoretischer Sicht bewirkt Aufklärung allenfalls den Prozess des Diskriminationslernens und ist insofern für die Veränderung des Rauchverhaltens nur bedingt einsetzbar. Sie kann lediglich die Voraussetzungen für den Veränderungsprozess schaffen.

Aufklärung wird zudem meist in Form von Abschreckung dargeboten und erhält damit den Charakter einer Bestrafungsprozedur. Weiterhin liegt es in der Natur von Aufklärungskampagnen, daß Abschreckung kaum jemals kontingent auf das Rauchen erfolgt. Insofern scheint Aufklärung als alleinige Behandlungsmethode,

mit allen bekannten Nachteilen aversiver Maßnahmen behaftet zu sein (Brenghelmann, 1974).

Die psychotherapeutischen Verfahren der Raucherentwöhnung beinhalten im wesentlichen verschiedene Formen erzieherischer und nicht-direktiver Gesprächspsychotherapie und werden meist in Gruppen angewandt. In den Experimenten hierzu, in denen überhaupt Kontrollgruppen gebildet wurden, ließen sich keine stabilen Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppen feststellen; d.h. Veränderungen des Rauchverhaltens waren nicht auf den spezifischen Effekt der Psychotherapie zurückzuführen. Vor allem aber erschien der Aufwand psychotherapeutischer Verfahren im Verhältnis zur Wirksamkeit als zu hoch, um eine breite Anwendung empfehlenswert erscheinen zu lassen.

Die Erforschung und praktische Anwendung verhaltenstherapeutischer Techniken stand damals noch am Anfang ihrer Entwicklung. Die Verhaltensforschung erlaubte eine genaue Analyse der Reize, die das Rauchverhalten kontrollieren und verfügte über Techniken, die eine Modifikation des problematischen Verhaltens versprachen. Dennoch schien allein die Benutzung verhaltenstherapeutischer Techniken keinen Erfolg zu garantieren. Keutzer, Lichtenstern & Mees (1968) schlossen, daß die Verhaltensmodifikation anderen Behandlungsmethoden nicht von vornherein überlegen sei. Zu dieser Zeit waren vor allem aversive Prozeduren außerordentlich weit verbreitet. Vereinzelt wurde mit systematischer Desensibilisierung bzw. Selbstkontrolle gearbeitet. Die Ergebnisse waren inkonsistent.

Forschungsmethodik und Praxis auf dem Gebiet der Verhaltensmodifikation schienen verbesserungsbedürftig, und um effiziente Behandlungstechniken zu entwickeln schien vor allem ein genaueres Verständnis der Verhaltensprozesse, die bei der Raucherbehandlung eine Rolle spielen, notwendig.

Neben diesen 4 Haupttherapieansätzen wurden in der Praxis - vor allem in den Raucherkliniken - Mischformen aller denkbaren Interventionstechniken, meist als 5 oder 10-Tage-Pläne, eingesetzt. Die Erfolge waren anfangs in den meisten Fällen gut, aber nicht von Dauer.

Einer dieser Ansätze, der "Fünf-Tage-Plan" des Deutschen Vereins für Gesundheitspflege e.V., wurde im Auftrag der BZgA einer exemplarischen Erfolgskontrolle und Begutachtung unterzogen.

Der Fünf-Tage-Plan wurde von den Amerikanern Mc-Farland & Folkenberg entwickelt und für deutsche Verhältnisse übertragen. Nach Angaben der Autoren bedient er sich psychotherapeutischer Methoden. Das Programm umfasst Aufklärung, "Gruppentherapie", Berücksichtigung individueller Gewohnheiten, Obstgenuß, Atemübungen und Hydrotherapie. Autoren, die den 5-Tage-Plan anwendeten, berichteten über erstaunliche Erfolgsquoten (Hammer u.a., 1970; Werner u.a. 1969). Demgegenüber erbrachte die katamnestiche Erhebung von Lehmann (1970) bei ehemaligen Teilnehmern von "Fünf-Tage-Kuren" zur Raucherentwöhnung, im Raum Frankfurt a.M. und Wiesbaden, einen wesentlich höheren Prozentsatz rückfällig gewordener Raucher und wesentlich geringere Erfolgsquoten, als die der oben genannten Autoren. Nach kritischer Beurteilung aller Einflußfaktoren stellt Lehmann (1970) fest, daß nur 24-28 % der ehemaligen Teilnehmer dieser Kurse das Rauchen langfristig aufgegeben haben, wobei bei der Mehrzahl der Entwöhnten der Rauchverzicht vermutlich durch den schlechten Gesundheitszustand bedingt war.

Themde (1971) stellt in einem Gutachten über die psychologischen Grundlagen des Fünf-Tage-Plans zusammenfassend fest, daß die dem Plan zugrundeliegenden "psychologischen Thesen" jede Orientierung an der einschlägigen Literatur der Psychologie vermissen lassen, und im wesentlichen einer Laien-

psychologie entsprechen, die an rationalistischen und idealistischen Stereotypen orientiert ist. Die Erfolgsaussichten der Kur werden sowohl anhand theoretischer Überlegungen als auch empirischer Ergebnisse gering eingeschätzt.

Zu ähnlich kritischer Einschätzung kam Brengelmann (1971). Er charakterisierte den Fünf-Tage-Plan als eine gutwillige und nach Gutdünken zusammengestellte Form der Beeinflussung, der jede Form einer wissenschaftlichen Planung und wissenschaftlichen Theorienbildung fehlt. Die angegebenen hohen Erfolgsquoten wurden ebenfalls angezweifelt.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß es zum damaligen Zeitpunkt - Anfang der 70er Jahre - offensichtlich kein Therapieprogramm zur Raucherentwöhnung gab, das die Kriterien der Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit, Dauerhaftigkeit der Effekte, der Wirtschaftlichkeit, breiter Anwendbarkeit und Selbstanwendbarkeit erfüllte.

Wirtschaftlichkeit und breite Anwendbarkeit bedeuten in diesem Zusammenhang, daß das Programm kostengünstig und breitenwirksam einsetzbar sein sollte, was eine möglichst weitgehende Standardisierung der Programmbestandteile erforderte.

Dies schien am ehesten auf dem Hintergrund verhaltenstherapeutischer Modellvorstellungen möglich. Danach wird alles Verhalten - auch das Rauchen - durch innere und äußere aktuelle Bedingungen ausgelöst, aufrechterhalten und verändert. Die Dynamik des Verhaltens gehorcht Lernprinzipien. Entstehung und Aufrechterhaltung des Rauchverhaltens aus lerntheoretischer Sicht werden im folgenden nur kurz skizziert, da die grundsätzliche Kenntnis der Lerntheorien beim Leser vorausgesetzt wird.

Für die Entstehung des Rauchverhaltens werden Modellern- bzw. Steuerungsprozesse durch soziale Anerkennung verantwortlich gemacht. Das Rauchen ist zunächst meist auf einzelne Situa-

tionen (Orte, Zeiten, Gegenstände etc.) beschränkt, die im Lauf der Entwicklung durch klassische Konditionierungsprozesse zu auslösenden Reizen für das Rauchen werden. Die Anzahl der auslösenden Reize erhöht sich dabei allmählich; zusätzlich wird das Rauchen durch eine Reihe von Konsequenzen (z.B. soziale Aufmerksamkeit, Geschmack, Entspannung) gesteuert. Das Rauchverhalten wird also sowohl klassisch als auch operant konditioniert.

Das läßt sich vereinfacht als Verhaltenskette darstellen:



Wenn nun das Rauchverhalten mit Hilfe von Lernprinzipien universell gültig beschrieben werden kann, so müßte sich daraus auch ein universell gültiges "Umlernprogramm" ableiten lassen. Das beinhaltet die Entwicklung von Methoden, die eine Analyse des Rauchverhaltens erlauben sowie von Methoden, die auf einzelne oder alle Elemente der Verhaltenskette verändernd einwirken, und auf jeden beliebigen Raucher potentiell anwendbar sind.

Gleichzeitig erfüllte die Verhaltenstherapie das Kriterium der Wissenschaftlichkeit. Der Nachweis ihrer Wirksamkeit bei der Veränderung des Rauchverhaltens war allerdings zum damaligen Zeitpunkt nicht eindeutig erbracht.

2.2 Experimentelle Überprüfung unterschiedlicher Therapiemethoden

Es wurden drei Experimente mit folgenden inhaltlichen Zielen geplant (Brenghelmann & Sedlmayr, 1976, S. 14):

- 1) Ein Vergleich der relativen Effizienz ganz unterschiedlicher Formen von Therapien bei "nicht-kranken" Rauchern.
- 2) Eine Untersuchung der Stabilität des erzielten Therapieerfolgs, bzw. der Rate des zu erwartenden Rückfalls.
- 3) Eine Beurteilung der Determinanten des Rauchens vor, während und nach der Therapie im Sinne prädisponierender oder präzipitierender Faktoren.
- 4) Untersuchung der Anwendbarkeit einer Brieftherapie mit Koppelung von Selbstkontrolle mit Vertragsregulierung (Kontraktmanagement).

Zusätzlich wurde ein weiteres Experiment geplant, in dem die Rolle von Mediatoren bei einer als Brieftherapie durchgeführten Raucherbehandlung untersucht werden sollte.

In Experiment I wurden verschiedene Therapien miteinander verglichen. Es wurden 9 Versuchspersonengruppen unter folgenden experimentellen Bedingungen untersucht:

- 1) Eine Kontrollgruppe (Wartegruppe) registrierte lediglich den täglich Zigarettenverbrauch
- 2) Einer "Lobelingruppe" wurde ein Lobelinpräparat mit ausschleichender Dosierung verabreicht
- 3) Eine Placebogruppe bekam statt Lobelin ein Placebo

- 4) In einer "Psychotherapie"-Gruppe wurden allgemeine und mit dem Rauchen zusammenhängende Probleme besprochen. Der Therapeut verhielt sich nach den Richtlinien der nondirektiven Gesprächspsychotherapie nach Rogers.
- 5) Einer Gruppe mit verdeckter Sensibilisierung sollte das Rauchen mit kontingent vorgestellten aversiven Reizen abgewöhnt werden.
- 6) Eine Gruppe mit negativer Übung mußte bis zur Übersättigung rauchen.
- 7) Eine Gruppe wurde mit elektr. Aversionstherapie behandelt. Die einzelnen Verhaltensglieder der Rauchverhaltenskette wurden mit einem elektrischen Strafreiz verbunden.
- 8) Eine weitere Gruppe sollte mit Hilfe von Selbst- oder Reizkontrolle lernen, ihr Rauchverhalten allmählich unter eigene Kontrolle zu bringen.
- 9) Bei einer weiteren Gruppe wurde Selbstkontrolle mit elektrischer Aversion kombiniert. Eventuelle Reste des unerwünschten Verhaltens sollten durch Strafreize beseitigt werden.

Ziel der Experimente war es, die methodischen Schwächen früherer Raucherexperimente durch sorgfältige Kontrolle der problematischen Punkte zu vermeiden.

Zusätzlich erhoffte man sich Aufschlüsse über vermutliche Determinanten des Rauchverhaltens. Zu diesem Zweck wurden eine große Zahl von Persönlichkeits-, Intelligenz- und sozioökonomischen Daten sowie Daten zum Rauchverhalten, zur Rauchereinstellung und zur Therapiemotivation erhoben.

Das Experiment wurde mit 355 Versuchspersonen über insgesamt 67 Wochen durchgeführt. Die Varianzanalyse ergab signifikante Unterschiede zwischen den 8 zusammengenommenen Therapiegruppen und der Kontrollgruppe. Der Zigarettenkonsum der Gesamtgruppe war zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten signifikant unterschiedlich. Je nach Therapieform war der Zigarettenkonsum zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten ebenfalls signifikant unterschiedlich (Interaktionseffekt). Eine genauere Analyse zeigte, daß die verschiedenen Therapieformen vom Zeitablauf her differentielle Wirkungsoptima aufweisen. Die beiden Selbstkontrolltechniken erwiesen sich dabei als mit Abstand am wirksamsten. Sie wirkten schneller, intensiver und dauerhafter als alle anderen Therapien, sind also generell wirksamer.

Folgendes sei hier ergänzend hinzugefügt:

Zwar wiesen alle Therapiegruppen für den Behandlungszeitraum insgesamt signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe auf, jedoch ergab eine Analyse mit Hilfe der t-Verhältnisse für die einzelnen Erhebungszeitpunkte ein Differenzierungsmuster entlang der Zeitachse. Bei der ersten und letzten Erhebung unterschied sich keine der Therapiegruppen von der Kontrollgruppe. Nach der ersten Erhebung stieg die Differenzierung, um zum letzten Erhebungszeitpunkt wieder abzufallen. Dieses Ergebnis kommentieren Brengelmann & Sedlmayr (1976, S.75) folgendermaßen:

"Die Ergebnisse haben gezeigt, daß Rückfälle im Endeffekt ohne Rücksicht auf die Therapieform stattfinden. Das Rauchen ist eben keine Krankheit, die man heilen kann, sondern ein Verhalten, das unter bestimmten gesetzten Kontroll- oder Verstärkungsbedingungen gemindert wird. Es ist offensichtlich, daß man primär nach Methoden suchen muß, die eine genügende Motivationsstärke erzeugen, und das werden in der Regel Methoden aus der Verhaltenstherapie sein."

Die Selbstkontrollmethoden hatten sich insgesamt als brauchbar erwiesen. Zum Zeitpunkt der 2. Nacherhebung (also in der 67. Woche) unterschieden sich jedoch auch die Ergebnisse dieser beiden, ansonsten überlegenen Gruppen, nicht mehr von denen der Kontrollgruppe. Die Wirksamkeit der Selbstkontrolle schien aber noch verbesserbar und es wurde deshalb in den folgenden Experimenten versucht, die Selbstkontrollmethoden, u.a. durch verbesserte Motivierung der Versuchspersonen, zu optimieren.

Die Auswertung des umfangreichen Datenmaterials, aus dem man sich Aufschlüsse über Determinanten des Rauchverhaltens erhofft hatte, erbrachte folgende Ergebnisse: Es wurde eine große Anzahl von Daten zum Rauchverhalten, zur Rauchereinstellung und zur Therapiemotivation erhoben, faktoranalytisch und mit der Rauchrate vor, während und nach der Behandlung korreliert. Außerdem wurden Testwerte bzw. Angaben zu verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen, zur Intelligenz und zu einer Anzahl sozioökonomischer Variablen erhoben und ebenfalls mit der Rauchrate korreliert. Die Ergebnisse sprachen ausnahmslos gegen eine Beziehung der Rauchrate zu Persönlichkeits-, Intelligenz- und sozioökonomischen Variablen. Nicht ein einziger Korrelationskoeffizient erreichte das festgelegte Signifikanzniveau. Es wurde kein Hinweis darauf gefunden, daß diese Variablen bei der Behandlung auf irgendeine Weise von Nutzen sein könnten. Die Daten zum Rauchverhalten und zur Rauchereinstellung ergaben jedoch eine differenzierbare Rauchertypologie, die unterschiedlich hoch mit dem Rauchen zusammenhängt. Die Faktorenanalyse der Daten zur Therapiemotivation ergab 3 Faktoren, von denen 2 mit der Rauchrate korrelierten. Es wurde vorgeschlagen, diese Ergebnisse weiter auszuarbeiten und für Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen zu nutzen bzw. Spezialtherapien für unterschiedliche Rauchertypen zu entwickeln.

Im Anschluß an das erste Experiment wurde in Experiment II die Selbstkontrolltechnik um die Methode des kontingenten Kontraktmanagement erweitert. Von 81 Versuchspersonen, die sich aus rückfällig gewordenen Rauchern aus Experiment I und den Mitgliedern der Kontrollgruppe aus Experiment I zusammensetzen, waren nach der achtwöchigen Behandlung 66 % abstinent (gegenüber 22 % der Selbstkontrollgruppe und 13 % der Kontrollgruppe aus Experiment I). Bei der 2. Nachkontrolle, 2 Monate nach Therapieende, waren es immerhin noch 58 %. Die günstigen Ergebnisse dieses Experiments erschienen selbst den Autoren der Untersuchung fast unglaublich: "Die demonstrierte Wirksamkeit Selbstkontrolle und Kontingenzkontraktmethode ist derart hoch, daß auch diese Autoren an der Wiederholbarkeit zweifeln müßten" (Bregelmann & Sedlmayr, 1976, S. 114).

In einem dritten Experiment sollten die wirksamen Verhaltens-techniken unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Es bot sich an, das Selbstkontrollprogramm auf schriftlichem Wege anzuwenden. Einmal war das Verfahren selbst postalisch zu bewältigen, zum anderen schien die Effizienz des Verfahrens nicht von der Person der Therapeuten abzuhängen, sondern von der therapeutischen Technologie. Die Form der Ferntherapie per Post und Telefon versprach Kostensenkung und eine breite Streuung in der Anwendung.

In Form einer Brieftherapie wurden 290 Personen in 3 Gruppen mit den systematisch variierten Bestandteilen des Selbstkontrollprogramms behandelt. Nach 12 Wochen hatten alle Gruppen den Zigarettenkonsum signifikant reduziert. Die Brieftherapie schien also wirksam zu sein. Ein vorsichtiger Vergleich der Erfolgsraten in den Selbstkontrollgruppen aller 3 Experimente erlaubt für den Therapieverlauf während der ersten 8 Wochen auf jeden Fall den Schluß, daß die Brieftherapie der Gruppenbehandlung ebenbürtig ist. Genauere Aussagen sind aufgrund der nicht immer gewährleisteten Vergleichbarkeit der Daten nicht möglich.

Die Rückfallrate schien bei den mit Brieftherapie behandelten Klienten sogar etwas geringer zu sein, als bei den mit Gruppentherapie behandelten. Alle 3 unterschiedlichen Kombinationen der Selbstkontrollmethoden in Experiment III waren dabei gleichermaßen wirksam.

Aus dieser Untersuchung ließ sich also ableiten, daß die von den Autoren für am wirksamsten befundene Behandlung mit Selbstkontrolltechniken auch als Ferntherapie anwendbar ist. Diese Folgerung wurde durch die Beobachtung gestützt, daß drei unterschiedliche Kombinationen von Selbstkontrolltechniken bei größeren Gruppen wirksam waren. Die Methode der Ferntherapie wurde in einem IV. Experiment dann noch weiter ausdifferenziert und durch den Einsatz von Therapie Helfern (Mediatoren) erweitert (Schwarze-Bindhart, 1976).

Damit war der Kreis der Untersuchungen geschlossen. In Experiment I wurde die Wirksamkeit heterogener, gebräuchlicher Behandlungsformen geprüft und verglichen. Als erfolgversprechende Methode erschien die der Selbstkontrolle, bei der der Klient lernt, das Rauchverhalten in vorgezeichneten kleinen Schritten zunehmend selbst zu kontrollieren. Diese Methode schien auch das Verhalten am besten zu stabilisieren.

Aus Experiment II ging hervor, daß äußere Unterstützung der Selbstkontrolle in Form eines Kontingenzkontraktes (Wetten) wirksam sein kann. Diese Hilfe kann unter geeigneten Umständen die Motivation zur Selbstkontrolle erheblich stärken. Experiment III ergab schließlich, daß Selbstkontrollmethoden mit Erfolg brieflich angewandt werden können, und in Experiment IV wurde dieser Ansatz weiter ausgearbeitet. Die Autoren zogen damals das euphorische Fazit: "Damit steht die Rauchertherapie praktisch jedem Bürger zur Verfügung und jedermann, der sich Sorgen um die Gesundheit der Bürger macht, wird die entwickelte Therapie so schnell wie möglich und durch soviel Kanäle wie möglich zur Anwendung bringen wollen (Brenzelmann & Sedlmayr, 1976, S.122)."

2.3 Entscheidung für die Methode der Selbstkontrolle

Die vorliegenden Experimente hatten vor allem die hohe Wirksamkeit der Selbstkontrollmethoden aufgezeigt. Darüberhinaus erfüllte diese Methode auch die übrigen eingangs genannten Anforderungen an eine Rauchertherapie. Sie ist vor allem für die Anwendung auf größere Personengruppen geeignet, und kann von den Klienten selbst fortgesetzt und wiederholt angewandt werden, was eine langfristige Wirksamkeit verspricht.

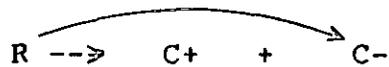
Der Selbstkontrollmethode liegt das Modell von Kanfer zugrunde, das im folgenden kurz dargestellt wird (Kanfer & Phillips, 1975).

Selbstkontrolle heißt, daß eine Person selbst ihr Verhalten kontrolliert und daß dieses Verhalten weitgehend unabhängig ist von der Kontrolle durch andere Personen (Fremdkontrolle). Dabei sind die möglichen auf das Verhalten folgenden Konsequenzen wichtig für das Verständnis des Selbstkontrollprozesses. Es lassen sich kurzfristig (direkt folgende) und langfristige (nach einiger Zeit folgende) Konsequenzen unterscheiden. Gewöhnlich wird das Verhalten von kurzfristigen Konsequenzen gesteuert. Nach Skinner ist eine Verstärkung z.B. nur wirksam, wenn sie spätestens 10 Sek. nach Auftreten des Verhaltens folgt. Im Selbstkontrollprozess wird dagegen das Verhalten nicht von den sofortigen, sondern von den langfristigen Konsequenzen gesteuert. Hier lassen sich zwei Situationstypen unterscheiden, in denen Selbstkontrollprozesse ablaufen:

- 1) "einer Versuchung widerstehen"
- 2) "eine unangenehme Situation ertragen"

Wenn eine Person einer Versuchung widersteht, führt sie eine bestimmte Verhaltensweise nicht aus, obwohl unmittelbar posi-

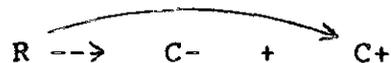
tive Konsequenzen darauf folgten, langfristig aber negative Konsequenzen einsetzten



(R =Reaktion, C =Konsequenz, C+ =Belohnung, C- =Strafreiz)

Zum Beispiel wird Rauchen (R) kurzfristig als Entspannung erlebt (C+), langfristig ist es aber gesundheitsschädigend (C-).

Eine unangenehme Situation zu ertragen bedeutet, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, obwohl kurzfristig negative Konsequenzen hingenommen werden müssen, langfristig aber positive Konsequenzen folgen.



Zum Beispiel ist das Ablegen einer Prüfung (R) unter Umständen mit Angst und Herzklopfen (C-) verbunden, ermöglicht aber langfristig, ein Berufsziel zu erreichen.

Man spricht also dann von Selbstkontrolle, wenn

1. ein Verhalten, das kurzfristig positive, aber langfristig negative Konsequenzen hat, nicht gezeigt wird (z.B. Nicht-rauchen, um Gesundheitsschäden zu vermeiden).
2. Ein Verhalten gezeigt wird, das kurzfristig unangenehm ist, langfristig aber zu positiven Konsequenzen führt (in die Prüfung gehen, um das Berufsziel zu erreichen).

In beiden Fällen geht es darum, ein Verhalten auszuführen oder zu unterlassen, je nach dem, ob die Orientierung an den kurzfristigen oder an den langfristigen Konsequenzen erfolgt. Dieser Entscheidung geht also ein Konflikt voraus. Der zu-

grundliegende Konflikt ist eine Bedingung für das Auftreten von Selbstkontrollprozessen. Eine zweite Bedingung ist die, daß das Selbstkontrollverhalten von der Person selbst beabsichtigt ist und ausgeführt wird.

In der Praxis lassen sich drei Phasen des Selbstkontrollvorgangs unterscheiden:

Zu Beginn steht die Selbstbeobachtung des eigenen Verhaltens. Im darauf folgenden Selbstbewertungsprozess wird das Ergebnis dieser Selbstbeobachtung (Ist-Wert) mit einer selbstgesetzten Norm (Soll-Wert) verglichen. Wenn der Ist-Wert unter dem Soll-Wert liegt, wird das Verhalten geändert; wenn der Ist-Wert gleich dem oder größer als der Soll-Wert ist, folgt der dritte Schritt, die Selbstbelohnung.

Am Ablauf des Rauchverhaltens läßt sich dieser Prozess verdeutlichen:

1. Selbstbeobachtung des Rauchverhaltens

Der Konflikt "ich rauche zwar gern, aber es ist schädlich" löst die Entscheidung aus, ab jetzt 10 Zigaretten (Soll-Wert) pro Woche weniger zu rauchen. Das neue reduzierte Rauchverhalten wird durch Registrierung der Zigaretten beobachtet.

2. Selbstbewertung

Anhand der Aufzeichnungen wird der tatsächliche Zigarettenkonsum mit der selbstgesetzten Norm (Soll-Wert) verglichen. Im Ergebnis kann die Zahl der gerauchten Zigaretten größer, kleiner oder gleich dem gesetzten Ziel sein. (3; 2; =)

3. Selbstverstärkung

Wenn das Ergebnis gleich dem gesetzten Ziel oder besser ist, belohnt sich die Person selbst und setzt sich

vielleicht ein neues Ziel. Im anderen Fall wird sie sich selbst kritisieren und das alte Ziel erneut anstreben.

Das Selbstkontrollprinzip war in den bisherigen Experimenten durch folgende Bestandteile aufgenommen:

- 37 Selbstkontrollregeln, die eine Aufgabenhierarchie steigenden Schwierigkeitsgrades bilden, wobei das Rauchen nicht verboten, sondern zunehmend schwieriger gestattet wird.
- Schriftliche Registrierung des täglichen Zigarettenverbrauchs (Raucherkarte)

In Experiment III und IV wurde die Selbstkontrolle durch Fremdkontrollmethoden ergänzt:

- Kontraktmanagement: die Versuchspersonen mußten einen Betrag von DM 10,-- bzw. DM 20,-- als Deponat hinterlegen. Die Rückzahlung war über einen Vertrag an die Einhaltung einer von der Versuchsperson selbst festgelegten Reduzierung des Zigarettenkonsums bis zur nächsten Sitzung gebunden.
- Die Person des Therapiehelfers als Kontraktpartner.

Diese Fremdkontrollmechanismen wurden als unterstützende verhaltenssteuernde Methoden eingesetzt, um zu Beginn des Programms, wenn der Prozess des Erlernens von Selbstkontrolle noch nicht abgeschlossen, bzw. in Zeiten, in denen die Selbstkontrolle nicht stark genug ist, die Effizienz des Programms zu verbessern.

3. Erste Versuche der breitenwirksamen Umsetzung des Therapiekonzeptes

Bis hierhin war das Raucherentwöhnungsprogramm im Verlauf der Versuche zu seiner wissenschaftlichen Fundierung bereits einer großen Zahl von Versuchspersonen zugute gekommen. Es fehlte aber noch die institutionelle Verankerung, um seine dauerhafte Breitenwirksamkeit zu sichern.

Hier boten sich zunächst zwei Möglichkeiten an: Zum einen, den Brieftherapieansatz aufzugreifen und weiterzuentwickeln, zum anderen, das Programm über die Implementierung in Rehabilitationskliniken einer breiten Fachöffentlichkeit vorzustellen.

3.1 Brieftherapie

Nachdem die Experimente mit Brieftherapie, verglichen mit anderen Therapieformen relativ gute Ergebnisse erbracht hatten, scheint es eher verwunderlich, daß in den darauffolgenden Jahren unseres Wissens nicht mehr darauf Bezug genommen wird.

Lediglich in einer vom VDA (Verband Deutscher Rentenversicherer) in Auftrag gegebenen Untersuchung zur Raucherentwöhnung in Kurkliniken (Hotopp & Brengelmann, 1979) wurde bei einem Teil der Versuchspersonen eine abgewandelte Brieftherapie als zusätzliche Nachbetreuung durch Briefkontakte angewandt. Die Rücklaufquote des Therapiematerials erwies sich jedoch für statistische Auswertungen als zu gering.

Eine routinemäßige Anwendung der Brieftherapie im Rahmen der Nachbetreuung der Patienten scheiterte an finanziellen bzw. institutionellen Rahmenbedingungen der entsprechenden Einrichtungen (vgl. Hotopp & Brengelmann, 1979, S.27).

Ebenso schien der für die Durchführung der Brieftherapie

notwendige Betreuungsaufwand im institutionellen Rahmen der BZgA nicht leistbar.

Eine breite Anwendung dieser Therapieform hätte die Einrichtung einer zentralen Betreuungsstelle mit hohem personellen und finanziellem Einsatz erfordert. Die Einrichtung einer solchen Zentralstelle vertrug sich auch nicht mit der ursprünglichen Absicht der BZgA, die Durchführung des Nichtraucherprogramms nach seiner Entwicklung und Erprobung an die Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung zu delegieren. Die Landeszentralen waren jedoch in ihrer Kapazität eher noch mehr eingeschränkt und kamen deshalb für die Durchführung der Brieftherapie nicht in Frage.

Als Alternative wurde die Vergabe des Brieftherapieprogramms an ein kommerzielles Institut mit den entsprechenden personellen, fachlichen und auch räumlichen Voraussetzungen erwogen. Die damit verbundenen hohen Kosten waren für die BZgA nicht tragbar. Diese Kosten auf die Klienten abzuwälzen hätte bedeutet, daß potentiell breitenwirksame Programm in seiner Anwendung auf hochmotivierte bzw. zahlungskräftige Personen zu eschränken.

Aus diesen Gründen konzentrierte sich die BZgA darauf, das "face to face" Selbstkontrollprogramm weiter zu entwickeln und zu implementieren.

3.2 Bereitstellung der Methode für die Fachöffentlichkeit

Im Rahmen eines großangelegten multizentrischen Modellversuchs wurde 1977 das verhaltenstherapeutische Raucherentwöhnungsprogramm einer breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt. Im Auftrag des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger sollten die geeigneten Bedingungen für die praktische Durchführung und die Effektivität von drei Behandlungsmethoden als Grundlage für einen künftigen optimalen Einsatz der Raucher-

entwöhnungsbehandlung im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger geprüft werden. Neben der Selbstkontrolltechnik wurden die Gesprächstherapie nach Rogers/Tausch und die Bad Nauheimer Entwöhnungstherapie nach Dr. O. Hammer eingesetzt und miteinander verglichen. Im thematischen Rahmen dieses Kapitels bleibend, wird sich die Darstellung des Modellversuchs auf den Einsatz der Selbstkontrolltechnik (Hotopp & Brengelmann, 1979) beschränken.

Hauptfragestellung des Versuchs war, in welchem Umfang durch die Selbstkontrollmethode ein signifikanter Erfolg einer unbehandelten Kontrollgruppe erzielt wird. Die Gesamtstichprobe umfaßte ursprünglich 2875 Patienten aus 22 Kurkliniken. Dabei wurde nach drei Indikationsbereichen unterschieden:

- Herz-Kreislaufkrankungen
- Erkrankungen der Atemwege
- rheumatische Erkrankungen.

Das Therapieprogramm umfaßte 9 Sitzungen, die - den zeitlichen Rahmenbedingungen der Kurklinik angepaßt - in 3 Wochen durchgeführt wurden. 157 der behandelten Patienten nahmen 11 Wochen nach Kursbeginn an einer Nachbetreuung durch Briefkontakte teil.

Zusätzlich zu den Elementen der Selbstkontrollmethode wurden folgende weitere Techniken eingeführt und geübt:

- Entspannung
- Gedankenstop
- Positive Gedanken
- verdeckte Sensibilisierung.

Die Behandlung wurde nicht von den Untersuchern selbst durchgeführt, sondern von den zuständigen Therapeuten der Kurkliniken. Diese waren zuvor in Trainingskursen in das Programm eingewiesen worden.

Organisatorisch, zeitlich und motivational sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen in den verschiedenen Kurkliniken führten zu erheblichen Einschränkungen der Datenqualität. Die Daten mußten unter dem Aspekt der Vollständigkeit selektiert werden. Dadurch reduzierte sich die Stichprobe auf 1182 (759 in der Selbstkontrollgruppe, 423 in der Kontrollgruppe behandelte Personen).

Die Auswertung der Daten dieser selektierten Stichproben ergab insgesamt einen größeren Erfolg der Selbstkontrollmethode gegenüber der Vergleichsgruppe, die Bewertung dieses Erfolgs erschien den Untersuchern in Anbetracht der enormen Stichprobenreduktion jedoch problematisch. Die Hauptfrage der Untersuchung ließ sich somit nicht hinreichend beantworten. Abgesehen von diesem eher unbefriedigendem quantitativen Ergebnis, ergaben sich jedoch einige qualitative Hinweise für die Praktikabilität einer Selbstkontrolltherapie in Rehabilitationskliniken (Hotopp & Brengelmann, 1979, S. 63ff):

- Für die Durchführung einer Selbstkontrolltherapie müssen geeignete situative und räumliche Bedingungen vorhanden sein.
- Die Einstellung des Klinikpersonals zur Therapie erwies sich als wichtiger Faktor für die Aufnahme des Therapieangebotes durch die Patienten.
- Die zeitliche Eingliederung der Kurse in das routinemäßige Klinikprogramm war von großer Bedeutung.

Als ein zusätzliches qualitatives Ergebnis sind die von den Therapeuten aufgrund ihrer Erfahrungen vorgeschlagenen Modifikationen zur Verbesserung der Therapie zu werten (Hotopp & Brengelmann, 1979, S.67).

Insgesamt gesehen erbrachte der Modellversuch zur Raucherentwöhnung keine im Sinne der Versuchshypothesen zufriedenstellenden Ergebnisse, es wurde jedoch mit diesem Versuch ein neuer Weg auf dem Gebiet präventiver Gesundheitsmaßnahmen im

stationären Bereich eingeschlagen.

Seit etwa Mitte der 70er Jahre zeichnete sich in Kurkliniken die Tendenz ab, zusätzlich zur kurativen Behandlung und medizinischen Rehabilitation Aspekte der präventiven Gesundheits-
erziehung einzuführen. Dies erforderte neben anderen strukturellen Veränderungen auch eine Veränderung der einseitig somatischen Orientierung und den Bezug auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse der Psychologie. Mit dem Nichtrauchertraining wurde zum ersten Mal in Kurkliniken eine psychologisch orientierte Gruppentherapie in größerem Rahmen durchgeführt und wissenschaftlich begleitet.

4. Das Kursprogramm "Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in 10 Wochen"

Aufgrund der Ergebnisse der Untersuchungen zur Methode der Selbstkontrolle und dem Kontraktmanagement sowie den Erfahrungen aus der Brieftherapie wurde 1976/77 unter Verwendung der Arbeiten von Brengelmann und Sedlmayr im Auftrag der BZgA das Verhaltenstrainingsprogramm "Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in 10 Wochen" zusammengestellt.

Die Intention der BZgA für die Ausarbeitung eines solchen Programms bestand darin, ein bundesweit einsetzbares, wissenschaftlichen Ansprüchen genügendes und möglichst effizientes Programm zur Behandlung des Rauchens zur Verfügung zu stellen.

Das Programm stellt im wesentlichen eine Erweiterung der in der Brieftherapie erprobten Vorgehensweise dar, wobei die Erweiterung sich zum einen darauf bezieht, daß die Teilnehmer am Kurs mehr Möglichkeiten als in der Brieftherapie haben, ihre Lernschritte selbst zu gestalten - das Programm wurde dadurch flexibler und weniger standardisiert - zum anderen wird die Gruppe als mögliches soziales Lernfeld eingeführt.

Der Kurs ist ein verhaltensmodifikatorisches Trainingsprogramm mit dem Ziel "Nichtrauchen", basierend auf den bereits beschriebenen Methoden zum Aufbau selbstkontrollierten Verhaltens, das entweder einzeln oder in der Gruppe im Laufe von 10 aufeinanderfolgenden Wochen durchgeführt wird. Dabei hat sich die Vorschaltung eines Informationsabends als sinnvoll erwiesen, u.a. auch um die Zahl der Abbrecher gering zu halten.

Die wöchentlichen Kurssitzungen dauern ca. 1 1/2 Stunden. Die Durchführung in einer Gruppe von 10 bis 15 Teilnehmern soll durch einen von der BZgA ausgebildeten Kursleiter angeleitet werden, wobei Eigenverantwortlichkeit der Teilnehmer und

Erfahrungsmöglichkeiten in der Gruppe im Vordergrund stehen.

Auf diesem Hintergrund entstand ein erstes vorläufiges Teilnehmermanual, zu dem Ende 1977 die ersten Kursleiter in einem Einweisungslehrgang geschult wurden (Kolb, Hammer & Sedlmayr, 1977). Die endgültige Fassung liegt seit 1978 - außer einer Änderung im Design - in inhaltlich unveränderter Form als Arbeitsmappe vor (BZgA, 1978), die von der BZgA kostenlos zur Verfügung gestellt wird.

Die folgende Beschreibung der Bestandteile und des Aufbaus des Programms beziehen sich auf die Ausführungen von Brengelmann, 1976; Kolb, Hammer & Sedlmayr, 1977; Mann & Mantek, o.J.; BZgA, 1978 und Mantek, 1979.

4.1 Bestandteile und Aufbau des Programms

Die Arbeitsmappe für den Teilnehmer enthält 12 Kapitel, von denen eines eine Einführung in das Programm gibt und ein weiteres (Kapitel 12) zur Information des Kurshelfers bestimmt ist.

Die übrigen Kapitel enthalten die Erläuterung der jeweiligen Programmschritte, Fragebögen, Hilfen in schwierigen Situationen und Hausaufgaben sowie Materialien, die bei der Arbeit mit den einzelnen Programmschritten helfen sollen.

Kapitel und Materialien werden dem Teilnehmer am Ende jeder Kursstunde bzw. bei Erreichen eines neuen Programmschrittes ausgehändigt.

Im folgenden werden die Bestandteile des Programms und der Aufbau beschrieben, wobei kurzer Bezug zum jeweiligen theoretischen Hintergrund hergestellt wird.

4.1.1 Teilnahmeerklärung

Die Erklärung enthält die Verpflichtung des Teilnehmers

- regelmäßig an den 10 Kurssitzungen teilzunehmen,
- die Registrierkarten wöchentlich und termingerecht dem Kursleiter abzugeben,
- im Krankheitsfall den behandelnden Arzt über die Teilnahme am Kurs zu informieren.

Die Erklärung wird am Anfang des Kurses vom Teilnehmer und Kursleiter unterschrieben und vom Kursleiter einbehalten.

Die Entscheidung, das Rauchverhalten zu ändern, und deren Veröffentlichung gegenüber sich selbst, der Gruppe und dem Kursleiter sowie evtl. anderen Personen, stellt eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit mit der Methode der Selbstkontrolle dar. Die Entscheidung soll verpflichten und motivieren.

Der Weg von der Fremdkontrolle zur Selbstkontrolle wird damit eingeleitet.

4.1.2 Registrierkarte

Mit der Registrierkarte soll der Zigarettenkonsum pro Tag, über den gesamten Zeitraum des Programms bis zum Nullkonsum festgehalten werden. Für jede Woche wird der Durchschnittswert berechnet und in ein Diagramm eingetragen, das somit die Veränderung des Symptomverhaltens dokumentiert. Jede gerauchte Zigarette wird vor dem Anzünden registriert.

Die erste Programmwoche dient ausschließlich dieser Aufgabe.

In der experimentellen Therapieforschung hat sich gezeigt, daß die Gewinnung der Ausgangshäufigkeit (Baseline) bei einer abgrenzbaren Verhaltensweise -wie sie das Rauchen darstellt- sinnvoll ist, um Automatismen und Ausprägungen von Verhaltensweisen bewußt zu machen.

Die Regel, jede Zigarette vor dem Anzünden zu registrieren, hilft, den Automatismus zu durchbrechen und macht die Entscheidung für Verhaltensalternativen möglich.

Die Erhebung der Baseline ist zum Erreichen selbstkontrollierten Verhaltens der erste Schritt im Rahmen der Phase der Selbstbeobachtung.

4.1.3 Tageskarte, Situationsfragebogen und Fragebogen "Wie rauche ich?"

Die Registrierung von Ort, Tätigkeit und der Anzahl der gerauchten Zigaretten über den Tag soll dem Teilnehmer helfen, auslösende Bedingungen für sein Rauchverhalten zu erkennen. Als Vorbereitung dazu dient im Programm der Situationsfragebogen, in dem allgemein auftretende Auslösesituationen für Rauchverhalten beschrieben sind, die der Teilnehmer nach den Kategorien "immer", "häufig", "selten" und "nie" beurteilt.

Faktorenanalyse und externe Analyse bestätigten die hohe Korrelation der Items mit Rauchen.

Die Tageskarte stellt eine um externe und interne Auslöser erweiterte Baseline dar, dient der Vervollständigung der Selbstbeobachtung und ist damit Grundlage für die Erarbeitung und Anwendung von weiteren Selbstkontrollschritten im Bereich der Selbstbewertung und -verstärkung.

Der Fragebogen zum Rauchverhalten im engeren Sinne "Wie rauche ich?" soll dem Teilnehmer die Art seiner Reaktion auf auslösende Bedingungen verdeutlichen.

Der Fragebogen zum Rauchverhalten und der Situationsfragebogen werden in der zweiten Kurswoche bearbeitet.

Die Tageskarte wird zunächst in der zweiten und fünften

Kurswoche und danach bei letzten "hartnäckigen" Zigaretten und nach Rückfällen geführt.

4.1.4 Selbstkontrollregeln und Kontraktmanagement

Im Programm sind 37 Selbstkontrollregeln vorgegeben, die sich auf Situationen mit Auslösecharakter für Rauchverhalten beziehen. Sie stellen Verhaltensregeln dar, die eingehalten werden sollen, um diese Situationen einzuschränken und allmählich auszublenden.

Die Regeln sind in 8 Kategorien eingeteilt:

- Rauchen in unterschiedlichen sozialen Situationen
- Rauchen bei bestimmten Tätigkeiten und zu verschiedenen Tageszeiten
- Rauchen an bestimmten Orten
- Verhaltensregeln beim Kauf von Zigaretten
- Verhaltensregeln zur Verzögerung des Rauchens
- Verhaltensregeln zum Erschweren des Rauchens
- Verhaltensregeln zur Änderung des Rauchverhaltens
- Möglichkeiten der Belohnung

Darüberhinaus können vom Teilnehmer aufgrund der Auswertung der Tageskarten und Fragebögen eigene relevante Selbstkontrollregeln erstellt werden; sie werden in eine dafür vorgesehene Karte eingetragen.

Die angeführten Bereiche für Selbstkontrollregeln lassen sich aus theoretischer Sicht den folgenden Möglichkeiten zur Verhaltensbeeinflussung zuordnen:

1. Stimuluskontrolle

Die Unterbrechung der Verbindung von Auslöser (S) und Reaktion (R) durch den Vorsatz, entweder

- nicht mehr auf den Auslöser zu reagieren oder ihn zu vermeiden (z.B. nicht mehr beim Fernsehen zu rauchen)

oder

- zeitlich verzögert auf den Auslöser zu reagieren (z.B. vor dem Anzünden einer Zigarette drei lange Atemzüge zu machen) oder
- mit einem alternativen Verhalten auf den Auslöser zu reagieren (z.B. tief durchatmen, Kaugummi kauen).

2. Reaktionskontrolle

Die Veränderung des Rauchverhaltens (R) im engeren Sinne, der Motorik des Verhaltens (z.B. nicht mehr inhalieren, langsamer rauchen).

3. Kontrolle der Konsequenzen

Die Konsequenzen des Verhaltens (C) werden in dem Sinne verändert, daß

- kurzfristige Konsequenzen einbezogen werden (z.B. nach jeder Zigarette den Aschenbecher ausleeren)
- langfristige Konsequenzen einbezogen werden (z.B. Belohnung für Nichtrauchen).

Das Programm sieht vor, daß der Teilnehmer sich in der dritten Kurswoche aus den 37 vorgegebenen und den selbst erstellten Selbstkontrollregeln mindestens drei Regeln wählt, die er in den folgenden Tagen berücksichtigen möchte und die ihm bei der Reduktion seines Konsums helfen sollen.

Zugleich setzt er sich ein erstes Ziel für die Reduktion seines Zigarettenkonsums. Dabei ist sowohl die realistische Einschätzung der Schwierigkeit der Regeln als auch der angestrebten Reduktion bedeutsam, um Frustrationen vorzubeugen und Erfolgserlebnisse eher möglich zu machen.

Sowohl die gewählten Regeln als auch das Ziel werden in einem Vertrag festgehalten, der mit einem Kurshelfer geschlossen wird. Weiterhin wird ein angemessener Geldbetrag (Deponat) vereinbart, den der Teilnehmer bei Vertragsabschluß einzahlt und den er nur bei Vertragserfüllung zurückerhält.

Auf diese Weise finden ab der dritten Kurswoche zwei Vertragsabschlüsse mit dem Kurshelfer statt, wobei die Häufig-

keit der Abschlüsse, abhängig vom Erfolg des Teilnehmers, im Verlauf des Kurses abnimmt.

Nach dem Selbstregulationsmodell von Kanfer (1975a.a.O.) setzt sich eine Person nach der Beobachtung des zu verändernden Verhaltens (Selbstbeobachtung) ein Ziel, verdeutlicht sich die Möglichkeiten zur Zielerreichung, vergleicht das Ergebnis mit dem vorherigen Standard (Selbstbewertung) und belohnt sich für die Zielerreichung (Selbstverstärkung). Um das gesetzte Ziel zu erreichen, gibt sie ein Leistungsversprechen gegenüber sich selbst und/oder anderen Personen (Kurshelfer) ab.

Das im Vertrag vereinbarte Deponat soll dazu dienen, die Motivation der Teilnehmer zu erhöhen. Durch den Abschluß eines schriftlichen Vertrages fühlt sich der Raucher eher verpflichtet, die therapeutischen Regeln einzuhalten.

Da Motivation durch konkret gesetzte äußere Maßnahmen lenkbar ist, können insbesondere die Lernprinzipien der Verstärkung wirksam werden.

Der eher fremdbestimmte Charakter des Rauchverhaltens läßt es nach Vorstellung der Selbstkontrollmethode mit Kontraktmanagement sinnvoll erscheinen, zunächst auch eher fremdbestimmte Maßnahmen zu ergreifen, wie sie der Einsatz von Verträgen und Kurshelfer darstellt.

Die Kontrakte enthalten:

1. Momentanes Verhalten (Menge der gerauchten Zigaretten)
2. Gewünschtes Zielverhalten (Reduktion)
3. Methoden und Schritte zur Zielerreichung (ausgewählte Selbstkontrollregeln)
4. Konsequenzen bei Vertragserfüllung bzw. -bruch (Einsatz eines Geldbetrags, Deponat)
5. Gültigkeitsdauer des Vertrags.

Die Erfüllung des Kontraktes wird begünstigt, wenn

- die im Kontrakt vereinbarten Methoden voraussichtlich erfolgreich durchzuführen sind
- eine angemessene Diskrepanz zwischen tatsächlichem und gewünschtem Verhalten besteht. Das Erreichen angemessener Teilziele wirkt motivierend
- weiterhin kontinuierliche Selbstbeobachtung stattfindet, die die Motivation stärkt und den Ausgangspunkt für neue Ziele schafft.

Die Verträge werden, wie beschrieben, mit einem Kursshelfer abgeschlossen, der sich aus dem engeren sozialen Umfeld des Teilnehmers rekrutieren sollte.

Der Kursshelfer hat die Aufgabe, bei der Auswahl der Selbstkontrollregeln zu helfen und die Vertragserfüllung zu überprüfen, weiterhin hat er verstärkende und motivierende Funktion.

4.1.5 Motivationskarte und -skala

Die Motivationskarte dient der Verdeutlichung der persönlichen Gründe des Teilnehmers, das Rauchen aufzugeben, aber auch der Bewußtmachung der Erwartungen, die evtl. darüberhinaus an die Teilnahme am Kurs geknüpft sind.

Diese Gründe werden vom Teilnehmer am Ende der ersten Kursstunde in die Motivationskarte eingetragen und können im weiteren Verlauf der Programms ergänzt werden.

Zusätzlich wird in späteren Kursstunden zur Überprüfung der augenblicklichen Motivation eine Motivationskala eingesetzt. Insbesondere in kritischen Situationen und nach Rückfällen ist die Verdeutlichung der persönlichen Motive angezeigt.

Die Analyse der Motivation ist eine der Bedingungen für die erfolgreiche Arbeit mit der Methode der Selbstkontrolle.

Die Analyse bezieht sich auf:

- Die Feststellung der Behandlungsmotivation unter Berücksichtigung der Tatsache, daß von der motivationalen Lage vor Programmbeginn nicht auf die während des Programms geschlossen werden kann.
- Die Feststellung, welche materiellen, ideellen, sozialen Werte und Handlungen motivierend wirken, also als Verstärker eingesetzt werden können.
- Die Überlegung, unter welchen Bedingungen die eingesetzten Verstärker ihre motivierende Wirkung verlieren.
- Die Überlegung, wie die Form und die Abfolge der Verstärker beschaffen sind.

Da die positiven Konsequenzen des Nichtrauchens bzw. reduzierten Rauchens nicht sofort wirksam sind, werden im Trainingsprogramm ab der fünften Kursstunde Verstärker (Belohnungen) eingesetzt, um die Motivation zu stützen.

Dabei wird die Verstärkung durch Selbstverbalisierung dem Einsatz sozialer Verstärker, Handlungsverstärker oder materieller Verstärker zunehmend vorgezogen.

Für den Einsatz von Verstärkern erscheinen diesbezüglich folgende Bedingungen bedeutsam:

- Verstärker müssen individuell angepaßt sein und sollen vom Betreffenden selbst gewählt werden.
- Verstärker sind nur dann als solche zu bezeichnen, wenn tatsächlich eine Veränderung des Verhaltens erfolgt.
- Häufig auftretende Verhaltensweisen können zur Verstärkung weniger häufig auftretender Verhaltensweisen genutzt werden (Premack-Prinzip).
- Verstärker aus der natürlichen Umgebung sollten vorrangig eingesetzt werden, da sie leicht verfügbar sind.
- Verstärker mit nicht kontrollierter oder kontrollierbarer Wirkung sollten nicht eingesetzt werden.
- Verstärker sollten unmittelbar (kontingent) auf der Verhalten folgen.

- Bei neu zu erlernendem Verhalten sollten Verstärker zunächst kontinuierlich eingesetzt werden. Bereits etabliertes Verhalten wird intermittierend verstärkt.
- Sofort-Verstärker (z.B. Kontrakte) können zum späteren Eintausch gegen reale oder ideelle unterstützende Verstärker (back-up Verstärker) benutzt werden.

Die unmittelbar mit dem Programm verbundenen Verstärkungsmöglichkeiten sind - über die mit der Vertragserfüllung einhergehende materielle (Deponat-Rückzahlung), soziale (Anerkennung durch den Kurshelfer) und durch Selbstverbalisierung erfolgte Verstärkung hinaus - weiterhin durch die Gruppe und den Kursleiter gegeben.

4.1.6 Rollenspieltechniken

Im Kurs werden Rollenspieltechniken eingesetzt, wenn Kursteilnehmer von Verhaltensunsicherheiten in Bezug auf soziale Situationen berichten, die mit der Veränderung des Rauchverhaltens in Zusammenhang stehen (z.B. Ablehnen angebotener Zigaretten, Reaktionen der Umwelt auf das Nichtrauchen).

Die Rollenspielform, die das Trainingsprogramm vorschlägt, ist eine einfache, stark strukturierte Form der Verhaltensübung, in der es hauptsächlich um das Erproben und Festigen der Aspekte selbstsicheren Verhaltens in Bezug auf Sprache, Haltung, Mimik, Gestik und Inhalt der Aussage geht. Der übende Aspekt steht dabei im Vordergrund. Der Einsatz bietet sich nur bei klar abgrenzbaren Verhaltenssequenzen an.

Handelt es sich um komplexere Prozesse der Interaktion (z.B. Austausch von Gefühlen, Beziehungsklärung), bietet sich eine andere Form des Rollenspiels an.

Bei dieser Form hat der Teilnehmer, der eine schwierige Situation schildert, im Spiel Gelegenheit, sich in die Rolle

seines Problempartners zu versetzen und sich auf diese Weise mit verschiedenen Verhaltensalternativen zu konfrontieren, die ihm die anderen Mitglieder der Kursgruppe in der Auseinandersetzung mit ihm im Spiel vorstellen.

Dem Teilnehmer wird auf diese Weise die Identifikation mit seinem realen Partner und dessen Verhalten und Emotionen möglich, was wiederum Einstellungs- und Verhaltensänderung begünstigt. Das Beobachten der Verhaltensalternativen der anderen Gruppenmitglieder im Umgang mit der problematischen Situation regt zu eigenem Experimentieren mit alternativen Verhaltensmöglichkeiten an.

4.1.7 Bedeutung des Kursleiters und der Gruppe

Das Nichtrauchertrainingsprogramm ist in erster Linie ein Gruppentrainingsprogramm und wird von einem Kursleiter angeleitet, dem folgende Aufgaben zukommen:

- Informationsvermittlung

Der Aufbau und die Bestandteile des Programms sowie deren theoretische Hintergründe sollen den Teilnehmern - soweit notwendig und sinnvoll - in leicht verständlicher Form erläutert werden, um ihnen die Programmschritte und ihr eigenes Verhalten besser verständlich zu machen.

- Nutzbarmachung des "Gruppenpotentials"

Der Gruppe kommt bei der Programmdurchführung insbesondere Bedeutung bei der gegenseitigen Motivierung und Verstärkung, Lernen am Modell, "sharing"-Prozessen und der Förderung sozialer Kontakte zu. Zudem stellt die Gruppe einen Erfahrungsraum dar, in dem mit neuen Verhaltensmöglichkeiten experimentiert und Rückmeldung gegeben werden kann.

Für den Kursleiter ist es dazu notwendig, daß er seine eigene Rolle in Bezug auf die Verantwortlichkeit für Pro-

zesse der Gruppe und einzelner Teilnehmer reflektiert, seine Bedeutung als Modell für Authentizität und akzeptierende Haltung erkennt sowie seine Möglichkeiten und Grenzen der Initiierung von Lernprozessen bei den Teilnehmern einschätzen kann.

In diesem Sinne soll er einerseits die Eigenverantwortlichkeit der Gruppe und der Teilnehmer fördern, andererseits auf die Arbeitsfähigkeit der Gruppe achten, d.h. wenn nötig, Bezug zum Thema des Programms wieder herstellen können.

- Motivierung der Teilnehmer

Die Gruppe und der Kursleiter stellen bedeutsame Faktoren zur Motivation der Arbeit der Teilnehmer an sich selbst dar. Insbesondere der Kursleiter ist zunächst Modell für die Art und Weise der Rückmeldung über eingehaltene bzw. nicht eingehaltene Programmschritte, für soziale Verstärkung und den Umgang mit Mißerfolgen. Er achtet darauf, daß die Teilnehmer sich realistische Ziele setzten und sich für ihren Erfolg selbst belohnen. Weiterhin fördert er Gespräche über erreichte Ziele in der Gruppe, sorgt für wiederholte Verdeutlichung der persönlichen Motive und regt zu gemeinsamen Aktivitäten und "Kürprogrammen" (Entspannungstraining, Spiele, meditative Übungen, Gymnastik etc.) an.

Für die beschriebenen Aufgaben des Kursleiters sehen Mann & Mantek (o.J., S.33) folgende Qualifikationen als hilfreich an:

- Erfahrungen in der Gruppenarbeit
- Erfahrungen in der Erwachsenenbildung
- Kenntnisse der Grundlagen der Lerntheorien und wichtigsten verhaltenstherapeutischen Prinzipien

Weiterhin haben sich aus den Erfahrungen der Kursleiterschulungen Kenntnisse in Spiel- und Entspannungstechniken als nützlich erwiesen.

Auf das Trainingsprogramm bezogenen Schulungen für Kursleiter werden von der BZgA angeboten (vgl. dazu 4.3).

4.2 Implementierung des Programms an Institutionen der Erwachsenenbildung

Das anfängliche Interesse der BZgA bestand darin, zwar die Entwicklung und Bereitstellung des Programms für die Öffentlichkeit zu betreiben, danach aber die Verantwortlichkeit für Kursdurchführungen und Kursleiterschulungen an Institutionen auf Länderebene abzugeben. Verschiedene Konstruktionen, wie eine solche Übergabe stattfinden könnte, wurden immer wieder - bislang ohne Erfolg - diskutiert.

Bezüglich der Implementierung des Programms erfolgte 1977 die Ansprache der Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung (LZgA) und der Landesverbände der Volkshochschulen bzw. ihnen gleichgestellter Institutionen auf Länderebene. Eine kommerzielle Nutzung durch niedergelassene Ärzte, Psychologen etc. war nicht angestrebt.

Mit Vertretern dieser Einrichtungen fanden ab Ende 1977 erste Einweisungsseminare statt.

4.2.1 Probleme der Implementierung

Die Vorstellung der BZgA bezüglich einer Strategie zur Verbreitung des Programms war, daß aufgrund der Einweisungsseminare - zu denen sich zunächst hauptsächlich offizielle Vertreter der Einrichtungen und wenige potentielle Kursleiter anmeldeten - eine Streuung der Information an Institutionen

mit praktischen Möglichkeiten zur Durchführung der Kurse, stattfindet.

Obwohl das Aufnehmen und Weitertragen der Informationen in den einzelnen Bundesländern und Einrichtungen sehr unterschiedlich war, forderten schon 1977 über 500 Institutionen ein Informationspaket an. Aus den zurückgesandten Bestellformularen ging hervor, daß ca. 200 Kurse eingerichtet werden sollten (IMW, 1978).

Neben Vertretern der Volkshochschulen zeigten im Lauf der Zeit auch Krankenkassen, insbesondere die Allgemeinen Ortskrankenkassen, Interesse an der Durchführung der Kurse.

Parallel zur Einrichtung der Kurse beauftragte die BZgA das Institut für Markt- und Werbeforschung, Köln, mit einer begleitenden Wirksamkeitsuntersuchung (vgl. dazu Kap. Langfristige Wirksamkeitskontrolle).

Aus dem ersten Ergebnisbericht (IMW, 1978) geht hervor, daß zwar das Interesse an den Kursen ausgesprochen hoch war, aber die mit der bedarfsgerechten Streuung verbundenen Probleme von der BZgA unterschätzt worden waren.

Die Notwendigkeit der Vorinformation von Institutionen, Versand des Materials für Kursleiter (Manual, ergänzende Listen), für Kursteilnehmer (Arbeitsmappen) sowie organisatorische Hilfen und Materialien zur Erfolgskontrolle (Bestellformulare, standardisierte Korrespondenz, Dokumentations- und Fragebögen) machte einen genauen Organisations- und Versandplan erforderlich.

Da im Gegensatz zur heutigen Situation damals noch kein eigenständiges Referat für diesen Bereich existierte, war die BZgA mit ihren praktizierten Organisations- und Abwicklungsformen sowie auch personell überfordert. Jedoch ließen auch in den durchführenden Institutionen Organisation und Kooperation zu wünschen übrig.

Einige der daraus resultierenden Anfangsschwierigkeiten sollen hier kurz genannt werden (IMW, 1978, S.12+13):

- Erst im Januar 1978 konnte das unbedingt notwendige Kursleitermanual geliefert werden (vgl. dazu 4.3.1).
- Das Schulungs- und Beratungssystem für Kursleiter war noch nicht geklärt.
- Unvollständige und verzögerte Belieferung der Institutionen/Kursleiter mit Materialien.
- Notwendige Vorbereitungsarbeiten und Anforderungen für die Durchführung der Kurse wurden Institutionen und Kursleitern zu spät transparent. Planungsfehler waren die Folge.
- Seitens der Institutionen wurden häufig Materialien nicht an die Kursleiter weitergegeben oder Bestellformulare nicht ausgefüllt.
- Der Stand der Streuung und Verlauf der Kurse war seitens der BZgA nur schwer zu überblicken. Die Steuerung der Aktion war deshalb erschwert.

Die festgestellten Planungs- und Kooperationsmängel wirkten sich somit in der Anfangsphase sowohl auf die Verbreitung der Kurse als auch auf den Kursverlauf selbst aus.

4.2.2 Erste Erfahrungsaustausch-Seminare

Erste Seminare zum Erfahrungsaustausch mit Vertretern der Institutionen ab Mitte 1978 waren dementsprechend noch stark von diesen organisatorischen Themen geprägt. Mit der zunehmend besseren Planung durch die BZgA wurde jedoch eher inhaltlichen Themen und Veränderungsvorschlägen Raum gegeben. Einige der damals diskutierten Anregungen waren (BZgA, 1977, 1978a+b und 1979):

- Erstellung von Informationsmaterial für spezielle Zielgruppen (Jugendliche, Schwangere, Angehörige der Bundeswehr).

- Vorschläge zur systematischen Ausbildung von Kursleitern nach gleichem Konzept, und Vorschläge an die Institutionen zur Auswahl geeigneter Kursleiter.
- Einrichtung einer zusätzlichen Veranstaltung zum Thema "Selbstsicherheit" im Anschluß an das Nichtrauchertraining.
- Einrichtung eines Landestelefondienstes zur Information zukünftiger Teilnehmer.

Kurssystem und Kursmaterial wurden allgemein für gut befunden, lediglich das etwas zu hoch angesetzte sprachliche Niveau und der mangelnde Gesamtüberblick über das Programm wurden vereinzelt kritisiert.

Weiterhin ließ sich feststellen, daß der - anfänglich eher gering eingeschätzten - Bedeutung der Gruppe und ihrer eigenen Rolle, in der Einschätzung der Kursleiter zunehmend mehr Beachtung geschenkt wurde.

Das führte zur Ergänzung des Kursleitermanuals um "gruppen-dynamische" Hinweise (vgl. dazu 4.3.1).

4.2.3 Betreuung durch die BZgA

Das zuständige Referat der BZgA hat neben Versandfunktionen die Aufgabe, Kontakt-, Informations- und Auswertungsstelle für Kurse, Kursleiter und Institutionen zu sein, und hat so Überblick über laufende Kurse und deren Verteilung über das Bundesgebiet sowie die dort tätigen Kursleiter.

Dazu gehört:

- Aufbau und Erhaltung einer Adressenkartei von Kursleitern und Institutionen
- Informations- und Beratungstätigkeit für Kursleiter
- Auswertung von Erfahrungsberichten der Kursleiter
- Auswertung der Kurse (Erfolgsbilanzen von Institutionen und Kursleitern)

Werbemaßnahmen für Kurse sind aus den unter 4.2 genannten

Gründen durch die BZgA nicht intendiert, jedoch erhalten die durchführenden Institutionen und Kursleiter eine ganze Reihe von Materialien, die der Verbreitung von Informationen über das Programm dienen:

- Standarddruckvorlagen für VHS-Programmhefte
- Plakate
- Presseartikel, Repro-Vorlagen für Anzeigenwerbung
- Handzettel, Ärzteblocks
- Aufkleber für Teilnehmer
- Postkarten für Teilnehmer
- Broschüren

Auch direkte Werbung für die Ausbildung von Kursleitern wird von der BZgA nicht betrieben.

4.3 Kursleiterschulung

Seit Ende 1977 werden von der BZgA und anfangs auch vereinzelt von den Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung Schulungen für Kursleiter angeboten, deren Form und Inhalt sich im Laufe der Zeit veränderten. Anfangs angebotene "Einweisungsnachmittage" wurden später auf fünftägige bzw. viertägige Veranstaltungen erweitert.

Intention der BZgA für die Einrichtung von Schulungskursen war die möglichst flächendeckende Verbreitung des Programms. Das hatte zur Folge, daß keine spezifischen Anforderungen an die Qualifikation der künftigen Kursleiter gestellt werden konnten.

Die Notwendigkeit der Ausbildung zum Teil fachfremder Personen und die Vorstellung, daß ausgebildete Kursleiter eher zum Erfolg des Programms beitragen als nicht ausgebildete, führten dazu, daß nach Bedarf zwei bis vier Schulungen mit jeweils 25 bis 30 Teilnehmern pro Jahr angeboten wurden.

Die Teilnahme an einer Schulung ist bis heute keine verbindliche Voraussetzung für die Durchführung von Nichtrauchertrainings. Die Zusendung der zur Kursdurchführung notwendigen Materialien ist lediglich an den Nachweis gebunden, im Rahmen welcher Institution der Kurs durchgeführt werden soll. Weiterhin muß der Kursleiter für jeden durchgeführten Kurs einen Erfahrungsbericht erstellen, ohne den (bis 1983) die Anforderung neuen Kursmaterials nicht möglich war.

4.3.1 Manuale für den Kursleiter

Um den Kursleitern Hintergrundwissen und konkrete Anleitungen für die Kursdurchführung an die Hand zu geben, wurde neben den Manualen für die Teilnehmer ein Manual für den Kursleiter entwickelt. Im folgenden sollen Inhalt und Aufbau der ersten (Mann, o.J.) und der zweiten (Mann & Mantek, o.J.) Fassung des Kursleitermanuals kurz beschrieben werden.

1. Fassung

In der ersten Fassung des Kursleitermanuals werden zunächst wichtige Aufgaben des Kursleiters beschrieben und deren Bewältigung beispielhaft dargestellt. Eingegangen wird dabei auf die Rolle des Kursleiters als Informationsvermittler, sowie seine Möglichkeiten, das Gruppenpotential zu nutzen und zu fördern. Als weitere Aufgabe des Kursleiters wird die Motivierung der Teilnehmer angesprochen und Verstärkungsmöglichkeiten aufgezeigt. Der Einsatz technischer Hilfsmittel bei der Kursdurchführung wird diskutiert und die im Programm zur Anwendung kommenden Prinzipien und Techniken werden kurz dargestellt.

In einem zweiten Teil wird auf die einzelnen Gruppensitzungen des Programms näher eingegangen.

Zunächst wird dazu der typische Verlauf einer Gruppensitzung mit einer für alle Kursabende zutreffenden Strukturierungs-

möglichkeit dargestellt. Im Anschluß daran werden die Besonderheiten der einzelnen Kursabende beschrieben und zusammenfassende Hinweise für Durchführung und Vorbereitung gegeben.

In einem Anhang wird beispielhaft dargestellt, wie ein am Kurs interessiertes Publikum z.B. im Rahmen einer Informationsveranstaltung über das Programm und seine Hintergründe informiert werden könnte.

Im Anhang wird weiter als ein Beispiel zum gegenseitigen Kennenlernen am ersten Kursabend die Methode des Paar-Interviews beschrieben.

2. Fassung

In der zweiten Fassung erfuhr das Kursleitermanual aufgrund der Rückmeldungen der ersten Kursleiter eine starke Erweiterung. Im folgenden sollen Erweiterungen und neu hinzugenommene Inhalte kurz beschrieben werden.

Im ersten Teil des Manuals wird der theoretische Hintergrund des Rauchverhaltens dargestellt. Neben der medizinischen Bedeutung des Rauchens wird auf Möglichkeiten der Raucherentwöhnung und auf die Entwicklung des Selbstkontrollprogramms eingegangen.

Ein zweiter Teil erläutert die verhaltenstherapeutischen Grundlagen des Programms, wobei die entsprechenden Methoden und Prinzipien kurz zusammengefaßt und praktische Hinweise für die Durchführung im Programm gegeben werden.

In einem dritten Teil werden die Aufgaben des Kursleiters angesprochen. Neben den bereits in der ersten Fassung des Manuals beschriebenen Bereichen werden Hilfen bei speziellen Problembereichen sowie beim Umgang mit Problembereichen, die nicht primär Gegenstand des Trainingsprogramms sind, beschrieben. Besondere Erwähnung findet auch noch die Betreuung

der Kursteilnehmer während der Kursdauer und vor allem nach Kursende, wobei auf die Initiierung von Selbsthilfeorganisation abgehoben wird.

Der vierte Teil des Manuals gibt allgemeine Hinweise zur Kursdurchführung. Er geht u.a. auf die Materialien für den Kurs und für die Kursteilnehmerwerbung sowie auf weitere Webemaßnahmen des Kursleiters oder der Institutionen, die Kurse anbieten möchten, ein.

In einem fünften Teil werden in einer gegenüber der ersten Fassung des Manuals deutlich erweiterten Form Hinweise für die Durchführung der einzelnen Kursabende und eines Informationsabends gegeben. Dabei wird jeweils ein "Pflicht-" und ein "Kürprogramm" dargestellt. Das "Pflichtprogramm" beinhaltet die unabdingbar notwendigen Inhalte des jeweiligen Kursabends, das "Kürprogramm" stellt dann Erweiterungen dar. Inhalte des "Kürprogramms" sind z.B. Rollenspiele zu verschiedenen Problembereichen, eine "Pro und Contra" Diskussion oder die Analyse von Zigarettenwerbung. Daneben werden zu jedem Kursabend mögliche Probleme oder schwierige Situationen aufgezeigt und entsprechende Maßnahmen zur Bewältigung vorgeschlagen.

Ein ebenfalls erweiterter Anhang enthält ebenso wie die erste Fassung des Manuals Materialien zur Erstinformation der Teilnehmer und zum Paar-Interview.

Darüberhinaus ist eine Anleitung für den Kursleiter enthalten, dem einzelnen Teilnehmer dabei zu helfen, typische Versuchungssituationen zu beschreiben und ein Alternativverhalten dafür zu formulieren. Hier wird das Prinzip der verdeckten Reaktionssubstitution in das Trainingsprogramm eingeführt.

Weiter wird im Anhang die Methode der "Pro und Contra" Diskussion mit dem Thema "Null-Konsum oder Zigarettenreduktion" beschrieben. Da jeder Kursteilnehmer beide Positionen im

Verlauf des Spiels vertreten muß, können hiermit Prozesse der kognitiven Umstrukturierung eingeleitet werden.

Als Möglichkeit, das Rauchverhalten von anderen positiven Empfindungen und Bedürfnissen zu entkoppeln, wird im Anhang weiter die Analyse von Zigarettenwerbung vorgeschlagen. Nach der Analyse sollen zu den Werbungen neue Texte formuliert werden, die mit dem Rauchen unvereinbar sind, die aversive Seite des Rauchens betonen oder die positive Seite des Nichtrauchens ansprechen. Als andere Möglichkeit wird das Anfertigen neuer Bilder zu Werbetexten angeregt.

Darüberhinaus enthält der Anhang eine Adressenliste der Träger der Gesundheitserziehung auf Länderebene und eine Literaturliste.

4.3.2 Inhalte und Aufbau der Einweisungsseminare für Kursleiter (Kursleiterschulungen)

Den von der BZgA und zeitweise von den Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung durchgeführten Einweisungsseminaren für Kursleiter lag keine einheitliche Konzeption zugrunde. Eine nähere Analyse von Protokollen der einzelnen Schulungen läßt jedoch folgende Tendenzen erkennen:

In den ersten Schulungen stand die Vermittlung der verhaltenstheoretischen Grundlagen des Programms und somit eine betont kognitive Ansprache der Teilnehmer im Vordergrund. Mögliche Probleme bei der Kursdurchführung wurden angesprochen und Lösungen diskutiert. Das Informationsdefizit der Schulungsteilnehmer war damals wohl auch im Fehlen eines geeigneten Manuals für den Kursleiter begründet.

Mit Beginn der 80er Jahre wurden zunehmend gruppendynamische Inhalte in die Einweisungsseminare integriert, die Aufbereitung der lerntheoretischen Hintergründe des Programms nahm

nur noch einen vergleichsweise geringen Raum ein.

Zunehmend wurden Verfahren mit einbezogen, die im Programm selbst nicht enthalten sind, sich aber in der Durchführung der Kurse als hilfreich erwiesen hatten. Beispiele hierfür sind Entspannungstrainings, Atemübungen, Gymnastik, meditative Übungen oder eine Erweiterung von Rollenspieltechniken (vgl. dazu 4.1.6.

Als Beispiel soll im folgenden der Aufbau eines Einweisungsseminares, wie es in den beiden letzten Jahren durchgeführt wurde, kurz skizziert werden:

Dieses Einweisungsseminar hat eine Gesamtdauer von 4 Tagen, die sich auf 5 Tage (z.B. Montag Mittag bis Freitag Mittag) verteilen, besteht also aus 8 Halbtagen.

1. Halbtag

- Begrüßung der Teilnehmer
- Paar-Interview mit folgenden Fragestellungen:
 - Name
 - Institution
 - Erfahrungen mit dem Programm
 - Erwartungen an die Schulung
 - Eigene Erfahrungen mit dem Rauchen
- Kurzreferat: Historische Entwicklung des Tabakkonsums, epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte.
- Durchführung eines Entspannungstrainings (Jacobsen)

2. Halbtag

- Kurzreferat: Entstehung und Aufrechterhaltung von Rauchverhalten aus lerntheoretischer Sicht unter Miteinbeziehung gesellschaftlicher und pharmakologischer Faktoren.
- Aufklärung als Beispiel für präventive Strategien - Analyse von einschlägigen Plakaten und Broschüren.
- Zusammentragen und Vervollständigen von anderen Methoden

der Raucherentwöhnung, Diskussion eigener Erfahrungen.

3. Halbttag

- Erläuterung der Bestandteile des Programms; gemeinsame Erarbeitung der theoretischen Hintergründe; Diskussion von bei der Handhabung auftretenden Schwierigkeiten.
- Zusammenstellung von Möglichkeiten in der Kursgestaltung, die über das Angebot des Programms hinausgehen.
- Fortsetzung der Durchführung eines Entspannungstrainings (evtl. angeleitet durch einen Teilnehmer, um Übungsmöglichkeiten zu geben).

4. Halbttag

- Durchführung einer Anzahl einfacher gymnastischer Übungen und einiger Atemübungen.
- Vermittlung der Methode des Rollenspiels durch Selbsterfahrung und Selbsterprobung z.B. anhand von Problemen, die von den Teilnehmern zum Problemkreis "Ablehnen können" eingebracht werden.
- Kennenlernen einer Methode zur meditativen Entspannung z.B. in Form einer Phantasiereise.

5. Halbttag

- Aufteilungen in 3 Kleingruppen mit verschiedenen Arbeitsaufträgen:
 1. Kleingruppe: Vorbereitung eines Informationsabends zum Nichtrauchertrainingsprogramm mit entsprechenden Materialien und technischen Hilfsmitteln.
 2. Kleingruppe: Vorbereitung des ersten Kursabends.
 3. Kleingruppe: Vorbereitung des dritten Kursabends.

Die ausgewählten Kursabende und der Informationsabend stellen erfahrungsgemäß eine besondere Schwierigkeit für den Kursleiter dar und sind "Schlüsselabende".

6., 7. und 8. Halbttag

Durchführung der vorbereiteten Kursteile in voller Länge durch jeweils drei Mitglieder der Vorbereitungsgruppen (micro-teaching), wobei die übrigen Schulungsteilnehmer die Rollen mehr oder weniger entwöhnungswilliger Raucher übernehmen.

Nach jedem Kursteil erfolgt ein Auswertungsgespräch nach folgenden Gesichtspunkten:

- Wie ist es dem jeweiligen Kursleiter ergangen, welche Schwierigkeiten wurden gegenüber den Vorstellungen bei der Vorbereitung deutlich?
- Wie haben die Gruppenteilnehmer das Verhalten der Kursleiter erlebt, was war hilfreich und was war störend; waren die Anleitungen und Erklärungen verständlich?
- Welche gruppendynamischen Prozesse wurden ausgelöst, wie wurde durch den Kursleiter interveniert, welche andere Interventionen wären vorstellbar?

4.4 Statistisches Material zu Kursleitern und zu Kursdurchführungen

Die folgenden Daten beziehen sich auf eine vom zuständigen Referat der BZgA angelegte Dokumentation über ausgebildete Kursleiter und durchgeführte Kurse von 1980 bis zum Erhebungszeitpunkt im Oktober 1984.

In diesem Zeitraum wurden in 17 Kursleiterschulungen insgesamt 456 Kursleiter (davon 274 männlich, 181 weiblich) ausgebildet.

Für die Einweisungsseminare fand keine gezielte Werbung und kein spezielles Auswahlverfahren statt.

Der Besuch der Schulungskurse war nicht unbedingt Voraussetzung für die Durchführung des Trainingsprogramms.

4.4.1 Berufsgruppenzugehörigkeit der Schulungsteilnehmer und entsendende Institutionen

In folgender Übersicht soll die Teilnehmerstruktur der Schulungslehrgänge bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu verschiedenen Berufsgruppen verdeutlicht werden.

Berufsgruppen	Anzahl d. Teilnehmer	davon männl.	davon weibl.	Prozent (gerundet)
Dipl.-Psychologen	199	113	86	44 %
Versicherungsangest.	93	82	11	20 %
Sozialpäd. -arbeiter	65	28	37	14 %
Ärzte/Therapeuten	36	22	14	8 %
Diplom-Pädagogen	20	13	7	4 %
Lehrer/Dozenten	18	12	6	4 %
Sonstige	25	10	15	6 %
Gesamt	456	274	181	100 %

Auffallend ist der relativ hohe Anteil an "psychologischen/+ pädagogischen Laien" aus dem Bereich der Krankenversicherungen (20 %). Hier kommt das Engagement der Allgemeinen Ortskrankenkassen bei der Durchführung von Raucherentwöhnungskursen zum Tragen.

Folgende Übersicht verdeutlicht die Verteilung der Teilnehmer an den Einweisungsseminaren auf die verschiedenen Institutionen:

Institution	Anzahl der Schulungsteiln.	Prozent (gerundet)
Krankenkassen	195	43 %
Volkshochschulen	155	34 %
Beratungsstellen	67	15 %
Kliniken/Praxen	61	13 %
Schulen	28	6 %
Sonstige	47	10 %

(Ergibt mehr als 100 %, da einige Kursteilnehmer an mehreren Institutionen beschäftigt sind.)

In der Übersicht spiegelt sich das starke Interesse der Krankenkassen und der Volkshochschulen an der Ausbildung von Kursleitern wieder (zusammen 77 %). Die unterschiedliche Verteilung kann als ein Ausdruck dafür angesehen werden, welche realen Möglichkeiten zur Kursdurchführung in den einzelnen Institutionen gegeben sind.

4.4.2 Anzahl durchgeführter Kurse bezogen auf einzelne Institutionen

Im Erhebungszeitraum wurden von den geschulten Kursleitern insgesamt 1712 Raucherentwöhnungskurse im gesamten Bundesgebiet durchgeführt.

Folgende Übersicht verdeutlicht die Verteilung der Kurse auf einzelne Institutionen:

Institutionen	Anzahl der durchgef.Kurse	Prozent (gerundet)
Krankenkassen	963	56 %
Volkshochschulen	385	23 %
Kliniken/Praxen	143	8 %
Beratungsstellen	120	7 %
Schulen	44	3 %
Sonstige	57	3 %
Gesamt	1712	100 %

In der Übersicht wird eine Verstärkung der Tendenz deutlich, die sich bereits bei der Verteilung der Schulungsteilnehmer auf die entsendenden Institutionen abzeichnete: Die Krankenkassen haben nicht nur ein großes Interesse an der Ausbildung von Kursleitern, sondern vermutlich auch die besten Voraussetzungen und Möglichkeiten für die Kursdurchführung. Von ihnen werden mehr als die Hälfte (56 %) aller Kurse angeboten, die von ausgebildeten Kursleitern durchgeführt werden.

4.4.3 Anzahl der Kursdurchführungen pro Schulungsteilnehmer
Die folgende Übersicht soll verdeutlichen, wie sich die Gesamtzahl von 1712 durchgeführten Kursen auf die ausgebildeten Kursleiter verteilt:

Anzahl der durchgeführten Kurse	Anzahl der ausgebildeten Kursleiter	Prozent (gerundet)
0	23	5 ‰
1	152	34 ‰
2	74	14 ‰
3	49	11 ‰
4	41	9 ‰
5	21	5 ‰
6	21	5 ‰
7	8	2 ‰
8	11	3 ‰
9	13	3 ‰
10	6	1 ‰
10 ²	37	8 ‰

Etwa die Hälfte (48 ‰) der ausgebildeten Kursleiter haben einen oder zwei Kurse durchgeführt, immerhin 8 ‰ mehr als 10 und nur 5 ‰ der Teilnehmer an Schulungskursen haben ihre Kenntnisse nie angewendet.

Im folgenden soll diese Verteilung für die 3 an den Schulungskursen am häufigsten vertretenen Berufsgruppen aufgliedert werden.

Kursdurchführungen pro ausgebildetem Diplom-Psychologen:

Anzahl der Kurse	Anzahl der Trainer	in Prozent (gerundet)
0	9	4 %
1	81	41 %
2	34	17 %
3	23	12 %
4	19	10 %
5	7	4 %
6	9	4 %
7	1	0 %
8	4	2 %
9	3	2 %
10	2	1 %
10 ²	7	3 %

Kursdurchführungen pro ausgebildetem Versicherungsange-
stellten

Anzahl der Kurse	Anzahl der Trainer	in Prozent (gerundet)
0	4	4 %
1	4	4 %
2	14	15 %
3	13	14 %
4	9	10 %
5	10	11 %
6	6	7 %
7	5	5 %
8	3	3 %
9	2	2 %
10	2	2 %
10 ²	21	23 %

Kursdurchführungen pro ausgebildetem Sozialpädagogen, -arbeiter

Anzahl der Kurse	Anzahl der Trainer	in Prozent (gerundet)
0	3	5 %
1	27	41 %
2	12	18 %
3	6	9 %
4	7	11 %
5	0	0 %
6	2	3 %
7	0	0 %
8	1	2 %
9	2	3 %
10	1	2 %
10 ²	4	6 %

Im Vergleich der Übersichten fällt auf, daß mehr als die Hälfte (53 %) der ausgebildeten Versicherungsangestellten 5 oder mehr Kurse durchgeführt haben, was nur für 16 % der Diplom-Psychologen oder Sozialpädagogen zutrifft.

Sie haben zu etwa 60 % einen oder zwei Kurse durchgeführt. Die Anzahl der ausgebildeten Kursleiter, die keinen Kurs durchführten, liegt in allen Gruppen bei 4 % oder 5 %.

5. Übertragung des Kursprogramms auf verschiedene Medien

5.1 Hörfunk

Im November 1979 wurde auf Initiative der BZgA ein Kooperationsprojekt zwischen der BZgA und dem Norddeutschen Rundfunk (NDR) gestartet, mit dem Ziel, die Prinzipien des Raucherentwöhnungsprogramms auf das Medium Hörfunk zu übertragen und dafür ein eigenes Kursprogramm zu entwickeln. Dabei waren zum einen die medienspezifischen Gesetzmäßigkeiten des Hörfunks zu berücksichtigen, zum anderen das vorliegende Programm so zu verändern, daß alle Lernziele im Verlauf von 8 Sendungen realisierbar wurden.

Bei dieser Umsetzung des Trainingsprogramms in eine Art Fernkurs zeichnete die BZgA für die inhaltlich-didaktische Seite verantwortlich, während der NDR die Produktion im Hinblick auf Gesetzmäßigkeiten und Möglichkeiten des Mediums Hörfunk bearbeitete.

Die Sendereihe lief ab Oktober 1980 unter dem Titel "Runter vom Rauchen - ein Kurs zum Abgewöhnen", später auch im Ferienschulfunkprogramm des Westdeutschen Rundfunks.

In den folgenden Ausführungen wird Bezug auf Protokolle von Arbeitstreffen zwischen dem NDR und der BZgA genommen (BZgA 1979, 1980 a,b,c).

5.1.1 Medienspezifische Gesichtspunkte der Umsetzung

Die Struktur der Sendung enthielt folgende feste Bestandteile:

- eine stets gleiche Titelmusik;
- einen Moderator, dessen Funktion im Erläutern der Lernziele und in der Aktivierung der Zuhörer bestand und der als Sympathieträger wirksam war;

- eine Moderatorin, die die Aufgabe hatte, die notwendigen Informationen zu vermitteln;
- einen "skeptischen Raucher" (dargestellt durch einen bekannten Kabarettisten), der durch alle Folgen Ausreden und Widerstände gegen Verhaltensänderung in Form von Sketchen parodierte, die so gestaltet waren, daß sich die Zuhörer identifizieren konnten;
- Einblendungen von Originalausschnitten aus Kursstunden einer Raucherentwöhnungsgruppe, zur kognitiven Unterstützung der Teilnehmer.

Bei der Produktion der einzelnen Reportageteile wurde darauf geachtet, daß möglichst ein zeitliches Limit von 4 Minuten eingehalten wurde. Die von der BZgA entworfenen Texte wurden dazu entsprechend redigiert. Die einzelnen Textbeiträge waren durch musikalische Brücken verbunden, um der Sendung Unterhaltungscharakter zu geben, und damit auch Hörer zu interessieren, die nicht am Programm teilnehmen wollten.

Der Aufbau einer Kursstunde folgte stets der gleichen Struktur:

- Erkennungsmelodie
- Einstieg in das Thema über Interviews mit Teilnehmern einer Raucherentwöhnungsgruppe (Originalton)
- Einstieg in das Thema durch den Moderator. Konfrontation der Hörer mit Hilfe von Fragen zu ihrem eigenen Rauchverhalten, mit der Antwortmöglichkeit "Ja" oder "Nein"
- Kurzer Rückblick auf die letzte und Überblick auf die jetzige Sendung
- Interviews mit Teilnehmern einer Raucherentwöhnungsgruppe zu den Schwierigkeiten, die mit der Aufgabenstellung des jeweiligen Kursabschnittes verbunden sind (Originalton)
- Aufforderung an den Hörer, seinen eigenen Bezug dazu zu notieren
- Zusammenfassung durch die Moderatoren und Einordnung in den

gesamten Kurs

- Sketch mit Bezug auf die kommenden Selbstkontrollregeln
- Analyse des Sketches und Strategien für den Umgang mit Selbstkontrollregeln
- Formulierung der drei neu hinzukommenden Selbstkontrollregeln
- Mitschnitte aus der Raucherentwöhnungsgruppe über Erfahrungen der Teilnehmer im Umgang mit Selbstkontrollregeln (Originalton)
- Zusammenfassung der Aussagen durch den Moderator
- Entspannungsübung, kombiniert mit Autosuggestion
- Zusammenfassung der Sendung, Ausblick auf die nächste Folge und Erläuterung der "Hausaufgaben"
- Humoristischer Abschluß in Form einer Parodie auf die "Welt der Raucher"
- Schlußmusik

5.1.2 Entwicklung und Implementierung des Hörfunkprogramms

Das Konzept für die Sendungen wurde über einen Zeitraum von ca. 15 Monaten entwickelt. Die Programmdauer wurde dabei auf acht Nachmittagssendungen von je 45 Minuten Länge festgelegt. Die Ausstrahlung erfolgte sonntags immer zum gleichen Sende-termin, um die Wahrscheinlichkeit der regelmäßigen Teilnahme und damit die Erfolgsaussichten zu erhöhen.

Generell wurde beachtet, daß jeder Kursabschnitt ein in sich abgeschlossenes, spezifisches Lernziel beinhaltet.

Insgesamt wurden im Verlauf der acht Sendungen folgende Bereiche behandelt:

- Selbstbeobachtung
- Reizkontrolle
- Bewältigung von Konflikten, die mit der Verhaltensänderung einhergehen
- Entspannungstraining

- Alternative Verhaltensmöglichkeiten zum Rauchen
- Kontraktmanagement
- Anleitungen zur weiteren selbständigen Durchführung des Programms, zur Stabilisierung und zur Verhinderung von Rückfällen.

Zu Beginn jeder Kursstunde wurde zunächst das Tagesthema im Überblick dargestellt, dann von verschiedenen Seiten beleuchtet und in den Kontext des gesamten Kurses eingeordnet. In der darauffolgenden Nachmittagssendung wurde noch einmal kurz das Lernziel des letzten Nachmittags wiederholt, bevor zum nächsten Lernschritt übergegangen wurde.

Der Stil der Sendungen entsprach einer lebendig gestalteten Unterhaltungssendung, verbunden mit informativen und therapeutischen Elementen (z.B. Anweisungen zur Entspannung).

Ziel dabei war nicht, nur Hörer, die sich das Rauchen abgewöhnen wollen, anzusprechen, sondern alle an der Problematik Interessierten, und jene, die ganz allgemein etwas über Grundregeln der Verhaltensänderung erfahren wollten.

Damit war neben dem symptombezogenen auch ein präventiver Aspekt in der Sendereihe berücksichtigt, der zudem in einer Reihe von den Radiokurs begleitenden Vormittags-Magazinsendungen verstärkt aufgegriffen wurde. Von diesen, insgesamt 35 Magazinelementen mit einer Länge von durchschnittlich 4 Minuten, dienten 11 der Vorbereitung und Begleitung des Radiokurses. Die Spots griffen zentrale Inhalte der Kursstunden auf, lieferten Strategien für Sofort-Aufhörer und Risikofaktorträger, und regten allgemein eine verstärkte Kommunikation über das Rauchen an.

Von den verbleibenden Magazinelementen bezogen sich 23 auf das Thema Primärprävention. Dabei wurden folgende Inhalte thematisiert:

- Einfluß elterlicher Erziehungsstile auf das Selbstwertgefühl der Kinder
- Belastende Faktoren in der Lebenssituation von Jugendlichen
- Lebenssituation, Motive und Konfliktbewältigungsstrategien von nichtrauchenden Jugendlichen
- Wirkung dissonanter Informationen auf Kinder und Jugendliche zum Thema Rauchen
- Modellwirkung elterlichen Rauchverhaltens auf Kinder
- Anregungen für Gespräche in der Familie über das Thema Rauchen
- Beeinflussung von Eltern in Richtung auf verbesserte Kommunikationsfähigkeit in der Familie
- Kommunikationsformen von Kindern und Jugendlichen zum Thema Rauchen
- Die Bedeutung des Rauchens als eine Form apersonaler Bedürfnisbefriedigung
- Werbung und ihr Einfluß auf Kinder und Jugendliche

Die Spots der Magazinsendungen wurden eine Woche vor Kursbeginn mit täglichen Hinweisen auf den Beginn des Programms gestartet. Während des Kurses wurden dann nur noch zwei Spots pro Woche und zusätzlich zwei Meldungen im Programm gesendet. Zusätzlich wurde, zu Beginn und am Ende der Kampagne, in zwei Magazinsendungen eine Telefonaktion durchgeführt, bei der die Themen "Rauchen im Betrieb" und "Probleme von Leuten, die in den letzten 8 Wochen mit dem Rauchen aufgehört haben" mit den Hörern über den Sender diskutiert wurden.

Für die erfolgreiche Teilnahme am Kurs war es notwendig, möglichst alle Rundfunksendungen zu verfolgen. Als Hilfestellung für die Teilnehmer konnte über die BZgA ein Begleitheft zum Nichtraucherkurs angefordert werden, in dem noch einmal folgende Bereiche aufgegriffen und erläutert waren;

- Registrierung des Konsums mit Hilfe der Strichliste
- Erstellen der Erfolgskurve

- Selbstkontrollregeln
 - Motivationshilfen
 - Regeln für Nichtraucher
- (BZgA, o.J.,b)

Das Begleitmaterial allein ermöglichte es nicht, den Kurs zu absolvieren, es sollte lediglich die Aufgabenvermittlung der Sendungen unterstützen und trotz eventuell versäumter Sendetermine die Weiterarbeit ermöglichen.

5.1.3 Wirksamkeit des Hörfunkprogramms im Vergleich zum Gruppentrainingsprogramm

Ausgangsstichprobe für die Wirksamkeitskontrolle waren die ersten 946 Anforderer des Begleitheftes zum Kurs. Bei der ersten Befragung, 2 bis 4 Wochen nach Kursende, konnten 880 aktive Teilnehmer als Ausgangsbasis für die Nachbefragungen identifiziert werden, die 6, 18, 30 und 42 Monate nach Kursende durchgeführt wurden.

Mit allen durchgeführten Untersuchungsstufen erreichte man über 95 % der aktiven Kursteilnehmer mindestens einmal. Bei der letzten Befragung nach 42 Monaten betrug die Gesamtreaktionsquote 97,2 %, wovon 51,2 % einen vollständig ausgefüllten Fragebogen zurückschickten. Für die einzelnen Messungen wurden die gleichen Untersuchungszeitpunkte gewählt wie bei den Nachbefragungen zu den in Volkshochschulen (VHS) durchgeführten Kursen. Da zudem keine der beiden Gruppen zu experimentellen Zwecken zusammengestellt wurde, konnte ein direkter System- bzw. Erfolgsbilanzvergleich vorgenommen werden (IMW, 1984).

Die Teilnehmerpopulationen beider Kurssysteme waren zwar hinsichtlich ihrer Rauchintensität identisch, unterschieden sich jedoch grundlegend in Bezug auf ihre demographischen und Lebenssituationsmerkmale.

An den Kursen des NDR nahmen vorwiegend Personen teil, die nicht zu einer Teilnahmeverpflichtung an der Volkshochschule bereit gewesen wären. Merkmale dieser Gruppe waren die Zugehörigkeit zur Altersgruppe der 20 bis 39-jährigen, eine starke berufliche und zeitliche Einschränkung und das Vorliegen psychosozialer Belastungen.

Der geringere Erfolg der Hörfunkkurse zum Zeitpunkt des Kursendes wird auf die Unterschiede zwischen den beiden Zielgruppen zurückgeführt.

Im Verlauf der weiteren Nachbefragungen deutete sich jedoch im Gegensatz zu den Volkshochschulkursen eine steigende Erfolgstendenz an. 6 Monate nach Kursende hatten sich die Unterschiede in Bezug auf die angelegten Kriterien nivelliert. Diese Tendenz bestätigte sich auch bei den nachfolgenden Befragungen (IMW, 1983).

Die Befragung 42 Monate nach Kursende erbrachte folgende Ergebnisse:

- Hinsichtlich des Nullkonsums kann von einer realen Erfolgsquote von 25 % (+/- 3 %) ausgegangen werden; damit war der Rundfunkkurs ebenso erfolgreich wie der VHS-Kurs.
55 % dieser Teilnehmer hatten bereits zum Kursende Nullkonsum erreicht, blieben also durchgängig stabil. 66 % der Nichtraucher sind subjektiv sicher, es auch zu bleiben und 18 % der Teilnehmer fiel der Nullkonsum im letzten Jahr schwer (IMW, 1984, S.18ff.).
- Weitere 15 bis 20 % der aktiven Teilnehmer haben ihren Konsum auf weniger als die Hälfte des Konsums zu Kursbeginn reduziert, 72 % davon wollen den Konsum weiter einschränken (IMW, 1984, S.18ff.).
- Der Einfluß des Kursprogramms auf den Erfolg wird bei den Teilnehmern des Hörfunkkurses nur von 32 % als entscheidend eingestuft, während 55 % der erfolgreichen Teilnehmer an den Volkshochschulkursen das Programm für entscheidend hielten. Umgekehrt werden von 49 % der Teilnehmer des Hör-

funkurses andere Bedingungen angegeben, die zum Erfolg beitrugen, bei den Teilnehmern an Volkshochschulkursen nur von 23 % (IMW, 1984, S.13).

Von den Teilnehmern wurden folgende Auswirkungen des Kurses hervorgehoben:

- Teilnehmer, die das Rauchen gänzlich einstellen konnten, erfuhren die Abnahme des subjektiv erlebten Abhängigkeitsgefühls als positiv (IMW, 1984, S.III).
- Der größte Teil der Teilnehmer berichtet über Probleme mit dem Körpergewicht: 15 % der Erfolgreichen nahmen stark, 44 % leicht zu. Weitere 15 % konnten nach anfänglicher Zunahme ihr Gewicht wieder reduzieren (IMW, 1984, S.II).
- Erfolgreiche Teilnehmer wurden direkt oder durch Vorbildwirkung zu effizienten Multiplikatoren. In der Familie, am Arbeitsplatz und im Freundeskreis nahm die Zahl der Nichtraucher zu (IMW, 1984, S.24).
- Besonders von den Teilnehmern, die Nullkonsum oder eine deutliche Reduzierung ihres Zigarettenkonsums erreichen konnten, wird von einer Generalisierung auf andere Lebensbereiche und Verhaltensweisen berichtet. Beispiele dafür sind der Rückgang des Alkohol- und des Medikamentenkonsums sowie die Abnahme von Nervosität und Reizbarkeit (IMW, 1984, S.24ff.).

5.2 Fernsehen

Das Westdeutsche Werbefernsehen (WWF) produzierte 1977 eine Fernsehserie in 13 Folgen mit dem Titel "Blauer Dunst", die 1977/78 gesendet und 1981 wiederholt wurde (WWF, o.J.).

Der Inhalt der Sendungen war das Beispiel einer Durchführung des Programms "Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in 10 Wochen" durch die Titelfigur "Lilli", die sich mit Unterstützung eines Arbeitskollegen das Rauchen abgewöhnt.

Folgende Bestandteile bildeten den Rahmen der einzelnen Sendungen:

- Die Titelfigur "Lilli" kommentiert im Laufe der Sendung ihr Rauchverhalten und nimmt zu den einzelnen Lernschritten des Programms Stellung. Sie erklärt deren Funktion und Bedeutung, beschreibt Schwierigkeiten, die mit der Durchführung verbunden sind und stellt die mit den Lernschritten erreichbaren Ziele in Aussicht.

Die Szenen wurden in Studioatmosphäre mit neutralem Hintergrund gedreht und mit naiven Aussagen humoristisch gestaltet.

- Zwischen diesen Szenen tritt "Lilli" in Alltagssituationen auf. Problematische Programmpunkte, wie das Schließen des Therapiekontrakts oder Schwierigkeiten beim Einhalten der Selbstkontrollregeln, werden in überspitzter Form und mit viel Situationskomik dargestellt.
- Nach der Einführung und Erläuterung eines neuen Lernschritts im Programm wird dieser Schritt zur besseren Einprägung auf einer Schrifftafel eingeblendet und vorgelesen. Diese Tafeln werden außerdem als Gedächtnisstütze für "Lilli" eingeblendet, wenn sie Gefahr läuft, gegen eine Regel zu verstoßen.

Der Stil der Fernsehserie entsprach einer humorvollen Unterhaltungssendung, verbunden mit informativen Elementen. Als einzelne Schritte des Nichtraucher-Trainingsprogramms wurden in den Sendungen folgende Themen angeschnitten:

- Registrierkarten
- Erfolgskurve
- 37 Selbstkontrollregeln
- Therapiekontrakt
- Kurshelfer
- Selbstbelohnung

In der 13. und letzten Folge ist "Lilli" stolze Nichtraucherin, die ihrerseits einen "Raucher" von seinem Schicksal befreien will.

Zu der Fernsehserie existierte kein Begleittext. Es war deshalb notwendig, daß sich die Teilnehmer alle Folgen ansahen.

5.3 Bildschirmtext

Um eine weitere Nutzungsmöglichkeit des Raucherentwöhnungsprogramms zu erschließen, vergab die BZgA 1981 an die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher e.V. in Bonn und an die Stiftung Warentest in Berlin den Auftrag, eine "Computerunterstützte Anleitung zum Nichtrauchen" (CAN) zu entwickeln, nutzbar in den Medien eBtx und VBD. Die Auftragnehmer waren Spezialisten für die Erstellung von EDV-Programmen (vgl. Bundesministerium f. Forschung und Technologie, 1982; BZgA, o.J., a)

Die CAN sollte im Demonstrationsraum der Stiftung Warentest laufen und nach Einführung entsprechender Systeme später auch eine Heimnutzung ermöglichen.

Gefördert wurde das Projekt aus Mitteln des Bundesministeriums für Forschung und Technologie.

In der Planung des Projekts war vorgesehen, daß die CAN ein standardisiertes Programm sein sollte, das alle Eventualitäten in den Ablauf der Raucherentwöhnung einkalkuliert und durch Fragen an den Nutzer abklärt. Das System wählt dann das für den jeweiligen Raucher sinnvolle Programmangebot aus. Je nach Reaktion des Nutzers auf das Angebot entscheidet der Computer über die nächste Intervention.

Das Computerprogramm sollte sich weitgehend auf das Lerntempo und die Lernfähigkeit der einzelnen Mitglieder der Zielgruppe, d.h. aller entwöhnungswilligen Raucher, die täglich mehr als 5 Zigaretten bzw. andere Tabakwaren konsumieren, abstimmen lassen. Die generelle Kursdauer wurde mit durchschnitt-

lich 10 Wochen angesetzt, wobei das Programm von Teilnehmern in 8 Sitzungen absolviert wird.

Neben Informationen, die den Nutzer über Ablauf, Regeln, Verfahrensweisen und Inhalte des Programms informieren, sollten auch Dialogseiten eingesetzt werden, in die der Teilnehmer Eintragungen vornimmt, die entweder kurzfristig oder zur späteren Verwendung gespeichert und dann in eine Datei übertragen werden. Die mittels dieser Seiten gesammelten Daten sollten dann den weiteren Kursablauf steuern.

In der Vorphase der Entwicklung orientierte man sich vor allem an den verschiedenen, möglicherweise auftretenden Problembereichen, die aus der Durchführung des Programms an Volkshochschulen und über das Rundfunkprogramm bekannt waren. Die Grobstruktur der CAN wurde wie folgt entworfen:

- Es wird Material eingesetzt, z.B. die Trickfilmsequenz über die physiologischen Folgeerscheinungen des Rauchens aus dem Film "Es geht auch ohne" oder Filme zu sozial schwierigen Situationen. Mit Hilfe dieses Materials wurden Programmteile, die verbal nur unzureichend erläutert werden können, illustriert. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit Informationen über das Rauchen zu vermitteln, die über das Programm hinausgehen. Unterhaltendes Filmmaterial wird zudem als probates Mittel zur Motivierung der Teilnehmer angesehen.
- Der Raucher wird vom System über seine Motive zur Aufgabe des Rauchens befragt und kann seine Antworten frei eingeben. Zusätzlich werden ihm weitere mögliche Motivationen angeboten, von denen er die für ihn zutreffenden auswählen kann. Auf diese Weise entsteht eine persönliche Motivationsliste, die gespeichert wird, damit sie z.B. in Motivationskrisen und bei Rückfällen vom Nutzer abgerufen werden kann.

- Unmittelbar nach bzw. noch während der Anweisung an den Raucher, seinen Tabakwarenkonsum ab sofort zu registrieren, wird ihm ein Registrierschein ausgedruckt, auf dem jede gerauchte Zigarette sowie Ort, Zeit und Situation festgehalten werden. Da die Registrierung während der gesamten Kursdauer fortgesetzt wird, muß dem Nutzer bei jeder Systemnutzung unaufgefordert ein neuer Registrierschein ausgedruckt werden. Der Teilnehmer überträgt bei der darauffolgenden Systemnutzung seine Eintragungen in das System.
- Anhand der eingegebenen Anzahl der bisher registrierten Zigaretten errechnet das System den täglichen Durchschnittswert. Anschließend wird das Erfolgsdiagramm abgebildet, wobei auf der Ordinate die Anzahl der gerauchten Zigaretten und auf der Abszisse die Zeit eingetragen wird. Darüberhinaus kann sich jeder Benutzer über die Erfolge anderer Teilnehmer informieren, indem er das Gruppendiagramm abrufen, auf dem die Reduktionserfolge aller CAN-Nutzer dargestellt sind.
- Nach einer Woche Konsum-Registrierung wird zusätzlich registriert, bei welcher Gelegenheit geraucht wird. Es werden entweder Anleitungen zum Anfertigen der Tageskarten gegeben, oder entsprechende Formulare ausgedruckt, wobei der Nutzer eingeben muß, in wievielen Tagen die nächste Nutzung des Systems erfolgt. Zusätzlich werden dem Teilnehmer Fragen zu seinem Rauchverhalten gestellt, wobei wiederum freie Eingaben und Multiple-Choice-Möglichkeiten vorgesehen sind. Die so gewonnenen Aussagen werden gespeichert und bei der nächsten Nutzung zur Kontrolle bzw. Korrektur vorgeführt. Noch offene Fragen werden beantwortet.
- In das Programm werden Problemhilfen zu verschiedenen Schwierigkeitsbereichen eingebaut, wobei, das technische System betreffend, jederzeit eine "Hilfe-Funktion" betätigt werden kann, die den Benutzer zum Anfang des Programmteils zurückführt, in dem er gescheitert ist.
Das Problem der Auswahl der individuell richtigen Selbst-

kontroll-Regeln wird so gelöst, daß jede Regel mit einem bestimmten Schwierigkeitsgrad gewichtet wird, der sich danach bemißt, wie schwierig der Benutzer in dieser Situation eine Alternative zum Rauchen bewertet. Wenn die Summe der Schwierigkeitsgrade aller für einen Lernschritt ausgewählten Regeln einen festgesetzten Höchstwert überschreitet, fordert das Programm den Nutzer auf, sein Pensum nochmals zu überprüfen.

Wird das Reduktionsziel nicht eingehalten, dann wird durch ein Analyseverfahren untersucht, ob das Scheitern durch externe Faktoren bedingt war, d.h. durch Lebensumstände außerhalb des Entwöhnungsprogramms, oder durch falsche Auswahl der Regeln. In diesem Falle werden die Wertigkeiten der Regeln neu überprüft.

- Nach den ersten Erfahrungen im Umgang mit den Regeln wird der Nutzer zur Erstellung eines Zeitplans angeleitet. Dies soll zum einen die Motivation festigen, zum anderen längere Nutzungspausen vermeiden. Sollten trotzdem längere Pausen entstehen, z.B. durch Krankheit oder Urlaub, bleiben die Nutzerdaten gespeichert, so daß die Arbeit mit dem CAN-Programm auch nach längerer Unterbrechung fortgesetzt werden kann (vgl. BZgA o.J. und Bundesministerium für Forschung und Technologie, 1982).

Neben diesen festen Bestandteilen des Programms soll gewährleistet werden, daß sich der Teilnehmer, wann immer Probleme auftreten, während der Öffnungszeiten des Auskunftsdienstes jederzeit am System Hilfe holen kann. Sollten sich schwerwiegendere Probleme bei der Durchführung des CAN zeigen, dann wird das System dem Nutzer die persönliche Kontaktaufnahme mit einem Berater empfehlen.

Die Umsetzung des Raucherentwöhnungsprogrammes in eine "Computerunterstützte Anleitung zum Nichtrauchen" blieb bereits in der Planungsphase stecken.

Obwohl bereits auf der inhaltlichen Seite aus technischen Gründen sehr viele Abstriche bezüglich Diagnostik, Erläuterung der Bedeutung einzelner Programmschritte, Selbstbelohnungssystem etc. gemacht wurden und schließlich nur Kurzfragebögen mit 4 Fragen eingesetzt werden sollten, um dadurch eine Erprobungsphase zu ermöglichen, wurde selbst dieses Minimalprogramm nie durchgeführt.

6. Abwandlung der Methode im klinischen Bereich

In den Rehabilitationskliniken wurde das Programm entsprechend den unterschiedlichen Gegebenheiten in vielfältiger Weise abgewandelt. Das bedeutete vor allem eine Abstimmung auf die Aufenthaltsdauer der Klienten, auf deren motivationale Voraussetzungen und auf klinikinterne Verhaltensregeln. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Gespräche mit Vertretern zweier beispielhaft ausgewählter Kurkliniken.

Im allgemeinen wurde die Anzahl der Sitzungen auf 7 bis 8 verkürzt. Die einzelnen Programmbestandteile werden nach dem Bausteinprinzip eingesetzt, wobei die Bestandteile recht unterschiedlich gewichtet werden.

In Kliniken, wo die Teilnahme am Nichtraucherkurs verpflichtend ist, liegt der Schwerpunkt vor allem auf der Informations- und Motivationsarbeit. Zur Information werden wissenschaftliche Vorträge gehalten oder der von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte produzierte Film "Es geht auch ohne" vorgeführt. Für die weitere Motivationsarbeit gibt das Programm wenig Hilfestellung. Hier ist jeder Therapeut auf seine individuellen Fähigkeiten zur persönlichen Auseinandersetzung mit den Klienten angewiesen.

Generell wird der Phase der Selbstbeobachtung große Bedeutung zugemessen, wobei diese Phase über die bloße Registrierung des Zigarettenkonsums hinaus als Selbsterfahrungs- und Wahrnehmungstraining verstanden wird, dessen Ziel eine Bewußtwerdung der Konsummechanismen ist.

Dieses Ziel wird auch in der sich anschließenden Phase der schrittweisen Konsumreduktion betont. Auch diese Phase wird nicht nur unter dem quantitativen Aspekt, sondern auch als Prozeß einer allgemeinen Selbstveränderung betrachtet.

Auf die beschriebenen Fremdkontrollprinzipien zur Unterstützung der Selbstkontrolle, wie das Deponat oder das Kurshelferprinzip wird im allgemeinen verzichtet. Diese Prinzipien haben sich in den Kliniken als undurchführbar erwiesen.

Es wird daher ausschließlich mit Selbstbelohnung und dem Einsatz alternativer Verhaltensweisen zum Rauchen gearbeitet.

Ebensowenig werden zusätzliche verdeckte verhaltenstherapeutische Verfahren wie Gedankenstop, verdeckte Sensibilisierung oder positive Gedanken eingesetzt. Es werden lediglich in einigen Kliniken parallel zum Nichtraucherkurs im Rahmen der allgemeinen Gesundheitserziehung Entspannungstechniken vermittelt.

Übereinstimmend wurde der Stellenwert gruppenspezifischer Prozesse hervorgehoben, die im Programm kaum berücksichtigt wurden.

Die beschriebenen Veränderungen des Programms in Richtung auf Flexibilität, Individualisierung, Hinwendung zu kognitiven Methoden und Einbeziehung gruppenspezifischer Methoden lassen sich nicht nur als Konsequenz der besonderen Bedingungen in Kurkliniken verstehen, sondern spiegeln darüberhinaus auch neue Entwicklungen innerhalb der Verhaltenstherapie der letzten Jahre wider.

Literatur

- Brengelmann, J.C.: Der "Antinikotin-Fünf-Tage-Plan".
Unveröffentlichtes Gutachten im Auftrag der BZgA. Köln:
1971.
- Brengelmann, J.C.: Allgemeine Erfolgsaussichten
verschiedener Rauchertherapien. Manuskript zur
Veröffentlichung in "Internistische Praxis". 1974.
- Brengelmann, J.C.: Informationen und Anleitung zur
Behandlung des Rauchens. Schriftenreihe des
Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band
27. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, 1976.
- Brengelmann, J.C. & Sedlmayr, E.: Experimente zur
Behandlung des Rauchens. Schriftenreihe des
Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band
35. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, 1976.
- Bundesminister für Jugend Familie und Gesundheit: Antwort
der Regierung auf eine Kleine Anfrage, Drucksache
7/2070. Bonn - Bad Godesberg: 1974.
- Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Antwort
der Regierung auf eine Kleine Anfrage, Drucksache
7/3597. Bonn - Bad Godesberg: 1975.
- Bundesministerium für Forschung und Technologie:
Abschlußbericht Forschungsprojekt TK0109: Neue
Telekommunikationsformen für
Verbraucherinformationsdienste. Bonn - Bad Godesberg:
1982.

- BZgA: - Runter vom Rauchen - ein Kurs zum Abgewöhnen in 8 Folgen - Begleitmaterial(o.J.,b). Köln: Eigendruck, o.J.
- BZgA: Arbeitsunterlage - Telekommunikation - Computerunterstützte Anleitung zum Nichtrauchen (o.J.,a). Köln: o.J.
- BZgA: Magazinelemente zur Primärprävention, unveröffentlichtes Manuskript (1980c). Köln: 1980.
- BZgA: Protokoll eines Arbeitstreffens am 27.1. - 30.1.1980 in Lüneburg (1980a.) Köln: 1980.
- BZgA: Protokoll eines Arbeitstreffens am 11.11. - 13.11.1979 in Hambach. Köln: 1980.
- BZgA: Protokoll eines Arbeitstreffens am 9.4. - 11.4.1980 in Hamburg (1980b). Köln: 1980.
- BZgA: Aufgaben, Arbeitsweise und Schwerpunkte der Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Unveröffentlichtes Manuskript. Köln: 1982.
- BZgA (Hrsgb.): Unterrichtseinheiten zum Drogenproblem für das 5. - 8. Schuljahr. Köln: 1973.
- BZgA: Erfahrungsaustausch der Multiplikatoren für Kursleiter zum Nichtrauchertraining (Protokoll), 1979.
- BZgA: Erfahrungsaustausch über die Nichtraucherkurse im Wintersemester 1977/78 (Protokolle), 1978a.

BZgA: Protokoll über den Erfahrungsaustausch mit den Vertretern der LZgA über das Nichtrauchertrainingsprogramm, 1978b.

BZgA: Bericht über die Tagung zum Nichtrauchertraining, 1982a.

Feser, H.: Die Öffentlichkeitsarbeit der BZgA. Referat für den 1. Deutschen Nichtraucherkongreß 1974 in Bad Neuenahr. BZgA-Archiv, Dokument 528. Köln: Eigendruck, 1974.

Hammer, O. & Adolph, E. & Hammer, R.: Gruppentherapie "Frei vom Rauchen". Münchner Medizinische Wochenschrift 1970, 113, S.1329-1335.

Hotopp, U. & Brengelmann, J.C.: Modellversuch zur Raucherentwöhnungsbehandlung. Vorläufiger Abschlußbericht. IFT-Berichte 12. München: 1979.

IMW: Wirksamkeitskontrolle von Raucherentwöhnungskursen in Volkshochschulen und anderen Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Köln, 1978.

IMW: Wirksamkeit des Raucherentwöhnungsprogramms der BZgA im Medium Hörfunk (NDR) "Runter vom Rauchen", 4. Stufe: Nachbefragung nach 30 Monaten. Köln: 1983.

IMW: Wirksamkeitskontrolle des Raucherentwöhnungsprogramms der BZgA im Medium Hörfunk (NDR) "Runter vom Rauchen", 5. Stufe: Nach 42 Monaten. Köln: 1984.

Kanfer, F.H. & Phillips, J.S.: Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. München: Kindler, 1975.

Keutzer, C.S. & Lichtenstein, E. & Mees, H.L.: Modification of smoking behavior. A review Psychol. Bulletin, 1968, 70, S. 520-533.

Königliche Ärztekommision: Rauchen und Gesundheit, Freiburg i. Breisgau: 1962.

Königliche Ärztekommision: Rauchen oder Gesundheit, 3. Bericht. Freiburg i. Breisgau: 1978.

Lehmann, U.: Umfrage unter ehemaligen Teilnehmern der Kur "In 5 Tagen frei vom Rauchen" zur Feststellung der langfr. Erfolgsquot.. Unveröffentl. Manuskript. 1970.

Mann, R.: Nichtraucher in 10 Wochen, Anleitung für den Kursleiter. In: BZgA (Hg.): Köln: Eigendruck, o.J.

Mann, R. & Mantek, M.: Nichtraucher in 10 Wochen, Anleitung für den Kursleiter. In: BZgA (Hg.): Köln: Eigendruck, o.J.

Mantek, M.: Aufklärungsansätze der Bundeszentrale zum Themenbereich Rauchen mit dem Schwerpunkt eines Nichtraucherprogramms. Suchtgefahren, 5/1979, S.235-244. Hamm: 1979.

Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service: Smoking and Health. Princeton, New Jersey: 1964.

Schwarze-Bindhardt, W.: Die Rolle des Mediators bei der Selbstkontrollbehandlung des Rauchens. München: Schön, 1976.

Thomae, H.: Gutachten über die psychologischen Grundlagen der vom Dt. Verein f. Gesundh.pfl. durchgeführten Kuren "In 5 Tagen frei vom Rauchen". Köln: Unveröfftl. Gutacht. (BZgA), 1971.

WHO: Rauchen und Gesundheit. Sonderdruck aus Bundesgesundheitsblatt, S.309-321, 1970.

Werner, T. & Woeber, K.L. & Simm, H.O.: Raucherentwöhnung. Medizinische Klinik, 1969, 64, S. 1343ff.

Westdeutsches Werbefernsehen (WWF): Drehbuch zur Fernsehserie "Blauer Dunst". Köln: o.J.