

Abschlussbericht des Projektes "JaN"



Forum Sucht
Band 40
ISSN 0942-2382

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Herausgeber: Meyer, Hans, Rometsch, Wolfgang & Elsner, Hartmuth

wissenschaftliche

Fachberatung: Lindinger, Peter, St. Peter

Redaktion: Elsner, Hartmuth, LWL-Koordinationstelle Sucht

Projekt-

entwicklung: Rometsch, Wolfgang & Hölscher, Marion,
LWL-Koordinationstelle Sucht

Projektleitung: Elsner, Hartmuth, LWL-Koordinationstelle Sucht

Projekt-

koordination: Harbecke, Barbara, LWL-Koordinationsstelle Sucht
(bis 31.10.2006)

Projektmitarbeit: Hölscher, Marion & Körner, Jörg, LWL-Koordinationsstelle Sucht

Layout: Ackermann, Ulrich, LWL-Printcenter

Druck: Merkur Druck, Detmold

1. Auflage: 2.500

ISSN 0942-2382

Münster 2007

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Wareндorfer Straße 27, 48133 Münster
www.lwl-ks.de

Abschlussbericht des Projektes



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Ausgangssituation	7
2. Problembeschreibung	7
3. Erste Befragung vor Projektbeginn bei Kindern und Jugendlichen in zwei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen zum Raucherverhalten ..	9
4. Nichtraucher in LWL-Jugendhilfeeinrichtungen	10
5. Zielgruppen des Projektes	11
6. Konkrete Umsetzung	11
7. Lenkungsgruppe	13
8. Ausstiegshilfen	13
8.1. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	13
8.2. Für Kinder und Jugendliche	13
9. Wissenschaftliche Begleitung	14
9.1. Rauchverhalten und Veränderungen im Projektverlauf	16
9.2. Formative Evaluation – qualitative Veränderungsprozesse und Projektverlauf	17
9.3. Wirkungsevaluation von Tabakentwöhnungsangeboten	17
9.4. „Rauchfrei-Politik“: vorher und nachher	17
9.5. Limits des Evaluationskonzeptes	27
10. Erste Projektbefragung	18
10.1. LWL-Jugendheim Tecklenburg	18
10.2. LWL-Jugendhilfezentrum Marl	18
10.3. LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm	18
10.4. Befragungen zum Rauchverhalten in den drei Jugendhilfeeinrichtungen bei den Mitarbeiter/innen	19
10.4.1. LWL-Jugendheim Tecklenburg	19
10.4.2. LWL-Jugendhilfezentrum Marl	19
10.4.3. LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm	20
11. Widerstands-/ Barrierenanalyse, Workshop	20
11.1. Warum eine Widerstands-/ Barrierenanalyse und ein Workshop? ..	20
11.2. Thema und Struktur des Workshops	21
11.3. Ergebnisse des Workshops	21

12.	Die „Info-Tage“ in den drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen	24
13.	Konzeptionelle Absprachen mit den LWL-Jugendhilfe-einrichtungen	25
14.	Multiplikatorenschulung: „Curriculum Anti-Rauchkurs“	27
15.	Abschlussevaluation	28
15.1.	LWL-Jugendheim Tecklenburg	28
15.2.	LWL-Jugendhilfezentrum Marl	28
15.3.	LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm	28
15.4.	Analysen im Zeitverlauf – Kinder und Jugendliche	29
15.5.	Befragungen zum Rauchverhalten in den drei Jugendhilfe-einrichtungen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	37
15.5.1.	LWL-Jugendheim Tecklenburg	37
15.5.2.	LWL-Jugendhilfezentrum Marl	38
15.5.3.	LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm	38
15.6.	Analyse im Zeitverlauf – Mitarbeiter/innen	39
16.	Basiserhebung und Nachbefragung bei den Leitern und Stellvertreter/innen bezüglich „Rauchfrei-Politik“	48
16.1.	Ergebnisse der Erst- und Nachbefragung	48
17.	Implementierung von „Rauchfrei-Politik“ und Regelwerken in den drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen auf der verhaltens- und verhältnispräventiven Ebene	49
17.1.	LWL-Jugendheim Tecklenburg	49
17.1.1.	Implementierte Grundstrukturen der „Rauchfrei-Politik“	49
17.1.2.	Maßnahmen im Bereich der Prävention, z.B. Gesundheitserziehung	50
17.1.3.	Ausstiegshilfen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Kinder und Jugendliche	51
17.1.4.	Regeln im Umgang mit der „Rauchfrei-Politik“ und eingesetzte Controlling-Instrumente	52
17.1.5.	Ergebnisse im Projekt „JaN“ aus Sicht der Einrichtung	52
17.2.	LWL-Jugendhilfezentrum Marl	52
17.2.1.	Implementierte Grundstrukturen der „Rauchfrei-Politik“	52
17.2.2.	Maßnahmen im Bereich der Prävention, z.B. Gesundheitserziehung	53
17.2.3.	Ausstiegshilfen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	53
17.2.4.	Ausstiegshilfen für Kinder und Jugendliche	53
17.2.5.	Regeln im Umgang mit „Rauchfrei-Politik“ und eingesetzte Controlling-Instrumente	53

17.2.6. Ergebnisse im Projekt „JaN“ aus Sicht der Einrichtung	54
17.3. LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm	54
17.3.1. Implementierte Grundstrukturen der „Rauchfrei-Politik“	54
17.3.2. Maßnahmen im Bereich der Prävention, z.B. Gesundheitserziehung	55
17.3.3. Ausstiegshilfen	55
17.3.4. Regeln im Umgang mit „Rauchfrei-Politik“ und eingesetzte Controlling-Instrumente	55
17.3.5. Ergebnisse im Projekt „JaN“ aus Sicht der Einrichtung	56
18. Zusammenfassung der Ergebnisse im Projekt „JaN“	57
19. Schlussbemerkung	58
20. Anhang	60
21. Literaturverzeichnis	61
22. Mitglieder der Lenkungsgruppe vom 1.12.2005 bis 31.08.2007	63
23. Hilfreiche Adressen und Internetportale	64
24. Motivierende Interventionen - Möglichkeiten der Ansprache von rauchenden Mitarbeiter/innen und Kindern und Jugendlichen	67
25. Der Anti-Rauchkurs - Pädagogische Intervention für rauchende Jugendliche	83
26. Vereinbarung zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nicht-rauchern beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)	84

Vorwort

In einer Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen schätzten sich Anfang des Jahres 2007 insgesamt 18% der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren als Raucher/innen ein. Nach der Drogenaffinitätsstudie der BZgA aus dem Jahre 2004 beträgt die Raucherquote bei den 12- bis 17-Jährigen im Bundesdurchschnitt 23% und bei den 18- bis 25-Jährigen 44%. Auf alle Kinder und Jugendlichen bezogen, liegt das Alter des Erstkonsums bei 11,6 Jahren (HBSC* 2002). Hierbei zählen 2% der 12- bis 15-jährigen und 15% der 16- bis 19-jährigen Kinder und Jugendlichen zur Gruppe der starken Raucher/innen mit einem Tageskonsum von 10 oder mehr Zigaretten (BZgA 2004).

Eine Erhebung in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen im Jahre 2005 ergab, dass bereits bei den 6- bis 14-Jährigen die Gruppe der rauchenden Kinder und Jugendlichen mit 54% größer war als die der Nichtraucher/innen (46%). Bei den 14- bis 21-Jährigen lag der Raucheranteil sogar bei 84%. Von den rauchenden Kindern und Jugendlichen äußerten fast 50% den Wunsch aufzuhören und forderten Unterstützung zum Ausstieg ein.

Vor diesem Hintergrund hatte das 2005 entwickelte Projekt „JaN“ zum Ziel, das Thema Nichtrauchen in drei Einrichtun-

gen der Jugendhilfe des LWL (Tecklenburg, Marl und Hamm) zu befördern. Präventive wie ausstiegsorientierte Aspekte, verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen, aber auch die Partizipation von Jugendlichen bildeten dabei wesentliche Schwerpunkte. Insbesondere stand der Implementierungsprozess des Projektes „JaN“ im Mittelpunkt, der die Ebene der Jugendlichen als primäre Zielgruppe, die Führungsebene sowie die Beschäftigten berücksichtigte.

Der vorliegende Projektbericht „JaN“ zeigt u.a. interessante Ergebnisse in den Bereichen der

- Widerstands- und Barrierenanalyse,
- „Info-Tage“ in den drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen,
- Multiplikatorenschulungen zum „Curriculum Anti-Rauchkurs“,
- Implementierung von „Rauchfrei-Politik“ und Regelwerken auf der verhaltens- und verhältnispräventiven Ebene sowie
- Ergebnisse der Abschlussevaluation.

An dieser Stelle sei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Führungsebene aus den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen, den Beschäftigten der drei Einrichtungen und den Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter der LWL-Koordinationsstelle Sucht für die kooperative und engagierte Arbeit am Projekt

* WHO-Studie "Health Behavior in School-aged Children"

„JaN“ gedankt. Gerade in der heutigen Zeit ist Pioniergeist immer dann gefragt, wenn Innovationen entwickelt und befördert werden sollen. Das Projekt „JaN“ ist ein Novum in diesem schwierigen und sensiblen Bereich der Jugendhilfe. Nicht nur das: Es ist einzigartig in der Bundesrepublik Deutschland.

Mit diesem Band der Reihe ‚Forum Sucht‘ möchten wir schlussfolgernd hoffen, dass durch die Veröffentlichung der Ergebnisse des Projektes „JaN“ ein Prozess angestoßen wird, der möglicherweise die eine oder andere Jugendhilfeeinrichtung motiviert, die Projekthalte zu übernehmen.

Über Rückmeldungen würde ich mich freuen. Sollten Sie Wünsche oder Fragen zur Beförderung und Implementierung des Nichtrauchens in Ihrer Einrichtung bzw. zur Konzeptberatung haben, so stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LWL-Koordinationsstelle Sucht gerne zur Verfügung.

Ich wünsche allen Interessierten viel Spaß beim Lesen!

A handwritten signature in black ink, reading 'Hans Meyer' in a cursive script.

Hans Meyer
Landesrat

1. Ausgangssituation

Das Projekt „JaN“ hatte zum Ziel, das Thema Nichtrauchen in drei Einrichtungen der Jugendhilfe¹ des LWL zu befördern. Präventive wie ausstiegsorientierte Aspekte bildeten dabei wesentliche Schwerpunkte. Insbesondere stand der Implementierungsprozess im Mittelpunkt, der die Ebenen der Jugendlichen, der Leitung und der Mitarbeiter/innen berücksichtigt.

Bei dem Projekt spielten verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen, aber auch die Partizipation von Jugendlichen eine wichtige Rolle.

Der LWL ist Träger der drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen in Tecklenburg, Marl und Hamm. Unter den Prämissen der Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit bieten die LWL-Jugendhilfeeinrichtungen stationäre, teilstationäre und ambulante Maßnahmen an.

Insgesamt wurden Anfang 2006 274 Kinder und Jugendliche stationär, 73 Kinder und Jugendliche teilstationär und etwa 480 Familien ambulant betreut. Die pädagogische Versorgung erfolgt durch 320 fest angestellte Mitarbeiter/innen.

In den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen übernehmen Pädagogen/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen und Erzieher/innen insbesondere im stationären Bereich die Funktion von Eltern, sie sind de facto „Ersatzeltern“. Wichtige pädagogische Ziele sind bekanntermaßen die Stärkung des Selbstwertes und des Selbstvertrauens sowie das Erlernen von Konflikt-

fähigkeit. Dazu gehört es, klare Werte, Normen und Orientierung zu bieten und konsequent zu handeln. Jugendliche brauchen Ziele und geeignete Modelle, die für sie erstrebenswert sind.

So besteht ein Erziehungsziel darin, den Einstieg in einen riskanten oder abhängigen Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln bei den Kindern und Jugendlichen zu verhindern bzw. insbesondere beim Rauchen einen Ausstieg zu erleichtern.

In den Entwicklungsstadien des Menschen gibt es bekanntlich besonders sensible Phasen, die prägend für die weitere Entwicklung sind. Die Phase der Jugend ist eine solche, in der Weichen für die Zukunft gestellt werden. In dieser Zeit sammeln Kinder und Jugendliche in der Regel ihre ersten Erfahrungen mit verschiedenen Suchtmitteln.

2. Problembeschreibung

Soziales Lernen stellt für den Beginn des Rauchens eine bedeutende Einflussgröße dar. Schon Kleinkinder imitieren das Rauchverhalten von Erwachsenen, indem sie Schreibstifte oder andere zigarettenähnliche Gegenstände in den Mund nehmen. Sie sehen bei ihren Eltern und anderen Erwachsenen, wie diese genussvoll rauchen, und lernen so am Modell, dass Rauchen eine angenehme Wirkung auf den Raucher hat. Unterstützt wird diese Hypothese durch epidemiologische Daten, wonach Kinder rauchender Eltern weit

¹ Tecklenburg, Marl und Hamm

häufiger selbst zu Rauchern werden als Kinder, deren Eltern nicht rauchen (Conrad et al. 1992). Die Raucherquote der 12- bis 19-Jährigen liegt bei 15%, wenn keine weiteren Raucher im Haushalt leben, aber bei 40%, wenn gleichzeitig mehrere Haushaltsmitglieder rauchen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA 2006) .

In unmittelbarer Umgebung der Heimkinder befinden sich – neben anderen Kindern und Jugendlichen – die „Ersatzeltern“, also die Erzieher/innen, Sozialarbeiter/innen und Pädagogen/innen. Viele von ihnen rauchen selbst und leben den Kindern und Jugendlichen ihren Nikotinkonsum vor. Sie fungieren demzufolge als „negatives Modell“.

Nach Weiland und Keil (1995) rauchen Kinder und Jugendliche aus Familien, die dem Rauchen ablehnend gegenüberstehen, signifikant weniger als Kinder aus einem akzeptierenden Haushalt. Beispielsweise rauchen ca. 20% der 15-Jährigen regelmäßig, die in Familien leben, die dem Rauchen ablehnend gegenüberstehen. Dagegen gehören mehr als doppelt so viele Jugendliche, die in einem Haushalt leben, in dem das Rauchen akzeptiert ist, zu den regelmäßigen Rauchern (ca. 50%).

Die Probleme mit dem Tabakkonsum beginnen kurz nach dem ersten Zug an einer Zigarette. Lange Zeit ging man davon aus, dass es eines jahrelangen täglichen Konsums bedarf, um abhängig zu werden. Diese Einschätzung musste inzwischen korrigiert werden: Erste Symptome einer Abhängigkeit zeigen sich schon kurze Zeit nach dem ersten Zug. Nach einer kanadischen Studie, die rund 1300 Jugendliche über fünf Jahre prospektiv begleitete (Gervais et al. 2006), lässt sich eine zeitli-

che Abfolge von 12 „Meilensteinen“ auf dem Weg in die Tabakabhängigkeit beschreiben. Kurz nach dem ersten „Paffen“ wird inhaliert, und bereits 2,5 Monate nach dem ersten Zug finden sich Anzeichen mentaler Abhängigkeit. Nach etwa fünf Monaten werden das suchttypische „Craving“ (engl.: Begierde, Verlangen) und eine körperliche Abhängigkeit beobachtet. Entzugssymptome treten bereits 11 Monate nach dem ersten Zug auf, wohingegen tägliches Rauchen erst etwa zwei Jahre später erfolgt.

Mit diesem Modell der 12 „Meilensteine“ konnte verdeutlicht werden, dass die Jugendlichen schon Symptome der Tabakabhängigkeit aufweisen, lange bevor sie regelmäßig rauchen. Für die therapeutische Intervention ergibt sich daraus, dass die Behandlung dieser Altersgruppe auch ein Abhängigkeits- bzw. Entzugsmanagement beinhalten sollte.

Das Institut für Therapieforschung (IFT) München hat 2005 im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Wirksamkeit intensiver Raucherentwöhnung in Kliniken“ („WIRK-Studie“) in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation die hohe Bedeutung der Einstellung von Leitung und Mitarbeitern/innen zum Rauchen festgestellt. So kann es kaum gelingen, Patienten/innen, Klienten/innen oder Kinder und Jugendliche zum Nichtraucher zu animieren, wenn die Leitung bzw. die Mitarbeiter/innen eine andere persönliche Haltung einnehmen.

Die „WIRK-Studie“ des IFT ergab weiterhin, dass die klinikinterne „Tabakpolitik“ die Teilnehmerrate von Tabakentwöhnungskursen beeinflusst. So ist es wichtig, dass die Tabakentwöhnung in-

nerhalb der Einrichtung einen angemessenen Stellenwert einnimmt und auch seitens der Mitarbeiter/innen eine angemessene Unterstützung erfährt.

In der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen schätzten sich Anfang des Jahres 2007 insgesamt 18% der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren als Raucher/in ein. Nach der Drogenaffinitätsstudie der BZgA aus dem Jahre 2004 beträgt die Raucherquote bei den 12- bis 17-Jährigen im Bundesdurchschnitt 23% und bei den 18- bis 25-Jährigen 44%, wobei keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen.

Bezogen auf alle Kinder und Jugendlichen liegt das Alter des Erstkonsums bei 11,6 Jahren („Health Behavior in School-aged Children“ „HBSC 2002“).

2% der 12- bis 15-jährigen und 15% der 16- bis 19-jährigen Jugendlichen zählen zur Gruppe der starken Raucher/innen (Tageskonsum 10 oder mehr Zigaretten, BZgA 2004).

„Unter den Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien gibt es deutlich mehr Raucher/innen, Hauptschüler/innen rauchen deutlich häufiger und mehr als die Schüler/innen, die einen höheren Bildungsabschluss erwarten können. Offenbar profitieren die sozial benachteiligten und bildungsfernen Jugendlichen zu einem wesentlich geringeren Maße von Prävention, Jugendschutz und anderen politischen Maßnahmen zur Tabakkonsumreduktion.“²

In der erstmals vom Robert-Koch-Institut, Berlin, zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren durchgeführten „KiGGS“-Studie (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey) wird zur Droge Nikotin berichtet, dass bereits in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen 4% der Jungen und 3% der Mädchen auf die Frage, ob sie rauchen, mit „ja“ geantwortet haben. Besonders auffällig ist im Vergleich der sprunghafte Anstieg in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen, in der fast ein Drittel der Jugendlichen Raucher/innen sind.

3. Erste Befragung vor Projektbeginn bei Kindern und Jugendlichen in zwei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen zum Raucherverhalten

In der Vorbereitung dieses Projektes wurden in zwei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen im Mai 2005 insgesamt 115 Kinder und Jugendliche bzgl. ihres Raucherverhaltens befragt. In der LWL-Jugendhilfeeinrichtung Tecklenburg konnten dabei in dieser ersten Erhebung 59% der dort stationär und teilstationär betreuten jungen Menschen und im LWL-Jugendhilfezentrum Marl 31% der stationär betreuten Kinder und Jugendlichen erfasst werden. Diese für eine stationäre Einrichtung eher geringe Zahl ist sicherlich auf den sehr kurzen Untersuchungszeitraum zurückzuführen. Die Altersspanne umfasste das Alter von 6 bis 21 Jahren, 58% der Betroffenen waren männliche Kinder und Jugendliche.

2 Setterboulte 2007

Von den 115 Befragten bezeichneten sich 71% der Kinder und Jugendlichen als Raucher/innen. Jungen und Mädchen wiesen hier fast identische Zahlen auf.

Bereits in der Altersspanne von 6 bis 14 Jahren war die Gruppe der Raucher/innen größer als die der Nichtraucher/innen (54% Raucher/innen, 46% Nichtraucher/innen). In der Altersgruppe der 14- bis 21-Jährigen lag der Raucheranteil sogar bei 84%.

Zum Tabakkonsum machten die rauchenden Kinder und Jugendlichen folgende Angaben:

- 52% rauchten bis zu 10 Zigaretten,
- 34% bis zu 20 Zigaretten und
- 14% mehr als 20 Zigaretten pro Tag.
- 20% hatten mit 9 Jahren mindestens 1 Zigarette pro Tag geraucht,
- 23% hatten im Alter von 10 bis 11 Jahren regelmäßig konsumiert,
- 91% rauchten mit 14 Jahren regelmäßig und
- 85% gaben an, dass ihre Eltern auch rauchen.

Von den rauchenden Kindern und Jugendlichen äußerten 49% den Wunsch aufzuhören und baten in diesem Zusammenhang auch um Unterstützung.

Fazit:

Die ermittelte Raucherquote verdeutlichte den dringenden Handlungsbedarf. Der Anteil der Raucher/innen in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen war mit 71% deutlich höher als die durch die BZgA (2004) ermittelte bundesdurchschnittliche Raucherquote von 23% bei den 12- bis 17-Jährigen und 44% bei den 18- bis 25-jährigen.

4. Nichtraucher in LWL-Jugendhilfeeinrichtungen

Vor dem dargestellten Hintergrund muss in stationären Jugendhilfeeinrichtungen das Nichtrauchen ein anzustrebendes Ziel sein. Dabei kann es nicht ausreichend sein, ausschließlich Maßnahmen im Bereich der Verhaltensprävention durchzuführen. Insbesondere im stationären Setting sind ebenso Aktivitäten im Sinne der Verhältnisprävention erforderlich. Zu diesem Ergebnis kam auch die schon zitierte „WIRK-Studie“.

Im Bereich der Verhaltensprävention sollten neben gesundheitsfördernden Maßnahmen auch die Steigerung der sozialen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen sowie ihr Risikoverhalten im Fokus stehen. Durch Informationen, Beratungen, Reflexion und Aktionen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sollen die einzelnen Projektphasen mit den Kindern und Jugendlichen – in Zusammenarbeit mit der Leitung und den Mitarbeitern/innen – erarbeitet werden.

Unter Berücksichtigung des Jugendschutzgesetzes wird sich die Verhältnisprävention auf die strukturelle Umgebung der Einrichtung beziehen, d.h. es werden partizipativ Maßnahmen- und Regelkataloge entwickelt, die auch Kontroll- und Konsequenzsegmente beinhalten.

Der Bereich der Verhältnisprävention umfasst neben dem Nichtraucherschutz und dem Schutz vor Passivrauchen auch die Einführung von Regeln zum Rauchen und die Entwicklung von Konsequenzen dazu, um die Regeln effektiv durchzusetzen. Kompetenzen im Umgang mit Rauchern/innen sowie Engagement der Einrichtung und der Mit-

arbeiter/innen sind ebenfalls wichtige Elemente.

Neben Präventionsangeboten sind außerdem konkrete Hilfemaßnahmen zur Raucherentwöhnung anzubieten, und zwar sowohl für die Kinder und Jugendlichen, bei denen bereits eine Manifestierung des Konsumverhaltens festzustellen ist, als auch für die Mitarbeiter/innen.

Bei den präventiven Aktivitäten werden die Erfahrungen und Ergebnisse erfolgreicher Kampagnen einbezogen. Die Realisierung eines so in dieser Form verstärkten Nichtraucherschutzes in einem Einrichtungskomplex setzt die Bereitschaft zur Zusammenarbeit vieler Beteiligter auf allen Ebenen voraus. Dieser Prozess nimmt Zeit in Anspruch, erhöht aber gleichzeitig die Akzeptanz bei den Beteiligten hinsichtlich Partizipation.

leute wurde ein Konzept entwickelt, das die besondere Problematik rauchender Jugendlicher in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe aufgreift und sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen in den Tagesablauf implementiert.

Die primäre Zielgruppe des Projektes sind die Kinder und Jugendlichen in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen. Die sekundäre Zielgruppe bilden die:

- Leitungsebene der LWL-Jugendhilfeeinrichtungen,
- Mitarbeiter/innen im Erziehungs-, Verwaltungs- und technischen Dienst,
- LWL-Suchtberatung,
- örtlichen Personalräte
- sowie der Gesamtpersonalrat.

5. Zielgruppen des Projektes

Die bisherigen Erkenntnisse berücksichtigend und unter Einbeziehung eines auf diesem Gebiet erfahrenen Forschungsinstitutes und weiterer Fach-

6. Konkrete Umsetzung

Das nachfolgende Schaubild zur Umsetzung des Projektes zeigt die einzelnen Elemente und Phasen in der Übersicht:

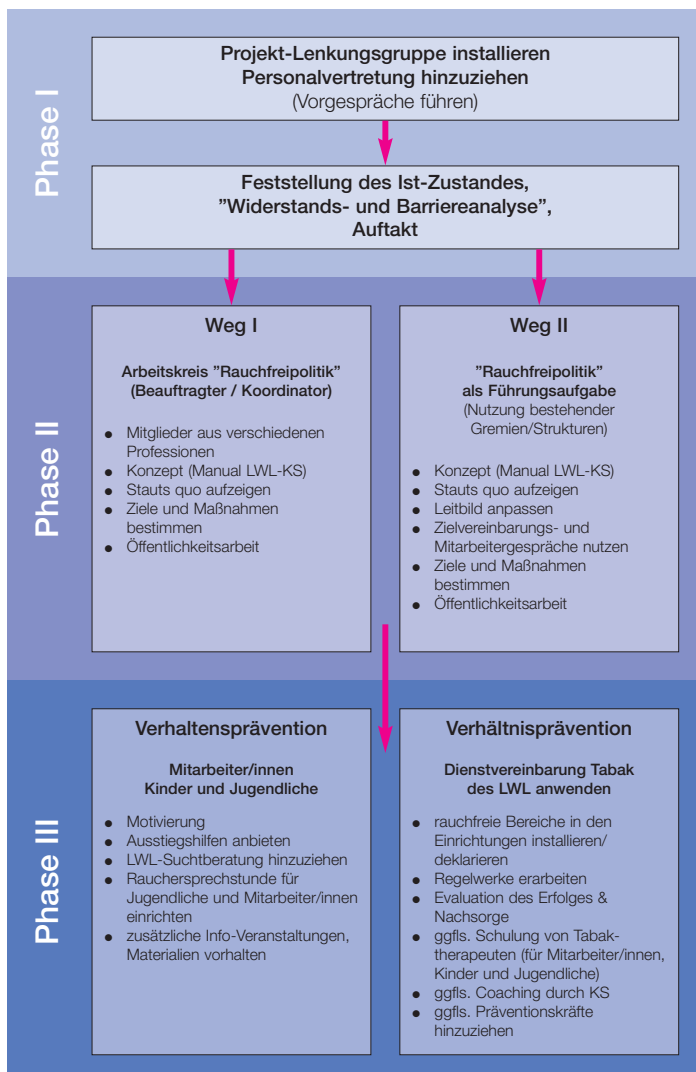
Umsetzung
des Projektes "JaN"

4 Mon.	Konzeptentwicklung	Lenkungsgruppe
1,5 Mon.	Info-Tag	
13 Mon.	Verhaltensprävention für Jugendliche Info, Beratung, Ausstiegshilfen, Reflexion	
	Verhaltensprävention für Mitarbeiter/innen Info, Beratung, Ausstiegshilfen, Reflexion	
	Verhältnisprävention Regeln zum Rauchen und Durchsetzen der Regeln, Nichtraucherschutz	
1,5 Mon.	Beratung	
1 Mon.	Anpassung	

Nach der 4-monatigen Konzeptentwicklungsphase wurden in den Einrichtungen die „Info-Tage“ (s.w.o.) durchgeführt. Über einen Zeitraum von ca. 13 Monaten erfolgte die Entwicklung und Implementierung der Verhaltens- und Verhältnisprävention für Mitarbeiter/innen sowie Kinder und Jugendliche. Abgeschlossen wurde das Projekt durch eine Beratungs- und Anpassungsphase.

Die nachstehende Entscheidungshilfe zeigt zwei mögliche Vorgehensweisen. Die LWL-Jugendhilfeeinrichtungen entschieden sich nach ausgiebiger Diskussion in der Lenkungsgruppe für „Weg II“: „Rauchfrei-Politik als Führungsaufgabe“ unter Nutzung bestehender Gremien und Strukturen in den Einrichtungen.

Entscheidungshilfe im Projekt „JaN“



7. Lenkungsgruppe³

Die Lenkungsgruppe traf sich insgesamt acht Mal und begleitete das gesamte Projekt.

Ihr gehörten an:

- Vertreter/innen der LWL-Jugendhilfeeinrichtungen in Tecklenburg, Marl und Hamm (Leitungsebene sowie die Ebene der Mitarbeiter/innen),
- eine Vertreterin des Gesamtpersonalrates,
- Vertreter der örtlichen Personalräte,
- Vertreter/innen der LWL-Koordinationsstelle Sucht,
- ein externer Fachberater,
- der LWL-Suchtbeauftragte,
- die Projektkoordinatorin (bis 31.10.2006) und
- die Projektleitung.

Im Laufe des Projektes waren zudem Trainer für Ausstiegshilfen am Projekt beteiligt.

8. Ausstiegshilfen

8.1. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Bei den Mitarbeitern/innen finden als Ausstiegshilfen das 10-Schritte-Kurs-Programm „Eine Chance für Raucher/innen“ oder das „Curriculum Anti-Rauchkurs“ (Crashkurs, 6 Termine)⁴ Anwendung.

Im Anhang dieses Berichtes sind im Weiteren Anbieter und Ansprechpartner von Tabakentwöhnungsmaßnahmen für das Projekt „JaN“, interaktive Selbsthilfeprogramme sowie Informationen zu nichtinteraktiver Selbsthilfe benannt.

8.2. Für Kinder und Jugendliche

In der neuesten Metaanalyse der Cochrane-Arbeitsgruppe zu den „Tobacco cessation interventions for young people“ werden die aktuellen Erkenntnisse über effektive Behandlungsformen und -inhalte zusammengefasst. 15 Studien mit insgesamt 3605 Studienteilnehmern/innen erfüllten die strengen methodischen Cochrane-Standards und wurden in der Analyse berücksichtigt. Elemente aus dem Motivational Interviewing (MI) finden zunehmend auch in die Behandlung von Rauchern Eingang und erscheinen zumindest Erfolg versprechend. Behandlungen nach dem Stadienmodell der Verhaltensänderung (Transtheoretisches Modell, TTM) erbrachten moderate Langzeiteffekte (Relative Wirksamkeit: OR 1.70, KI 1.25 – 2.33 nach einem Jahr). Für keine der pharmakologischen Interventionen konnte ein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden. Die kognitivverhaltenstherapeutischen Interventionen konnten einzeln betrachtet keine signifikanten Resultate erzielen. Wenn jedoch die drei Studien zu „Not on Tobacco“ zusammen gewertet wurden, war die Wirksamkeit nachzuweisen (OR 1.87, KI 1.00 – 3.50). Auch wenn die drei Studien, in denen MI als Behandlungskomponente enthalten war, effektiv waren (OR 2.05,

³ Namen der Mitglieder der Lenkungsgruppe im Anhang

⁴ LWL-Suchtberatung

KI 1.10 – 3.80), ist es schwierig, den isolierten Effekt der MI-Komponenten herauszurechnen. Die Autoren schlussfolgern, dass komplexe, multimodale Ansätze viel versprechend sind.

Für die Kinder und Jugendlichen wird die Ausstiegshilfe „Curriculum Anti-Rauchkurs“ präferiert, zumal es bereits ausgebildete Trainer/innen gibt. Zusätzlich wurde eine Multiplikatoren-schulung für Mitarbeiter/innen aus den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen durchgeführt.

In den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen, die verbindliche Regeln zum Rauchen beschlossen haben, halten sich nicht gleich alle Jugendlichen an die Vorgaben; viele haben Probleme damit. Für diese Jugendlichen kann der „Anti-Rauchkurs“ als verpflichtende oder auch freiwillige Maßnahme eingeführt werden. Vorrangige Ziele des „Anti-Rauchkurses“ sind die Förderung der Auseinandersetzung der Jugendlichen mit dem eigenen Rauchverhalten und die Förderung der Bereitschaft, die Regeln zum Nichtrauchen einzuhalten. Der generelle Ausstieg der Jugendlichen aus dem Rauchen ist nicht das primäre Ziel. Durch die angebotenen Informationen und die Gespräche zum Thema Rauchen sollen die Jugendlichen allerdings zu einem Ausstieg aus dem Tabakkonsum bzw. zu einer Reduzierung der Konsummenge motiviert werden. Der „Anti-Rauchkurs“ bietet dem Jugendlichen gleichzeitig die Gelegenheit, sein Rauchverhalten zu überprüfen und eine verantwortliche Haltung zum Rauchen zu entwickeln.

Im Juni 2007 bot die LWL-Koordinationsstelle Sucht eine weitere Maßnahme an: „Tabakentwöhnung für Jugendliche – Willst du auch keine?“ Hiermit besteht ein weiterer Baustein, „Rauchfrei-Politik“ in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen zu befördern und zu implementieren.

Kinder und Jugendliche, die keine persönliche Ausstiegsberatung oder Ausstiegshilfe wünschten oder dazu nicht motiviert werden konnten, wurden auf die internetbasierenden, interaktiven Selbsthilfeangebote von beispielsweise „just be smokefree“, „rauchfrei.info“, „Be smart – don’t start“ und „Leben ohne Qualm (LoQ)“ hingewiesen.

9. Wissenschaftliche Begleitung

Das Projekt „JaN“ wurde wissenschaftlich vom Diplom-Psychologen Peter Lindinger begleitet. Herr Lindinger verfügt über langjährige Erfahrungen im Bereich der Tabakprävention, -entwöhnung und -behandlung. Nachdem er zunächst in der Stabsstelle Krebsprävention als wissenschaftlicher Angestellter im Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ) gearbeitet hat und dort für Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung verantwortlich zeichnete, wurde er in den Wissenschaftlichen Arbeitskreis Tabakentwöhnung und in den Expertenrat Tabakabhängigkeit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) be-

5 Konzept Martin Heyn, Würzburg; Anerkennung nach § 20 SGB V

6 www.ift-nord.de/ift/jbsf

7 www.rauch-frei.info

8 www.ift-nord.de/ift/be

9 www.loq.de

rufen. Seit 2004 arbeitet Herr Lindinger freiberuflich mit dem Schwerpunkt Tabakentwöhnung. Er ist vernetzt mit Kompetenzzentren und Forschungseinrichtungen und steht im ständigen Austausch mit den wichtigsten Akteuren der Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung, national und international.

Neben der fachlichen Begleitung, wozu auch die Bereitstellung von Präsentationen und Interventionen zur Motivierung von Jugendlichen und Mitarbeitern zählte, wurden von Herrn Lindinger Erhebungsinstrumente entwickelt, die die Projektbeteiligten befähigen, Daten in vergleichbarer Form zu erheben. Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war es auch, die Veränderungen der einzelnen inhaltlichen Schritte zu bewerten.

Die zu Projektbeginn vorliegende Datenlage erschien unzureichend, so dass eine Modifikation des verwendeten Erhebungsinstrumentes und eine solide Basisdatenerhebung bei den Kindern und Jugendlichen sowie den Mitarbeitern/innen vorgenommen wurden. Um empirisch basierte Aussagen zur Wirkung des Projektes auf Ebene der Zielgruppe treffen zu können, enthielt der quantitative Teil des Evaluationskonzeptes eine klassische Prä-/Post-Messung mittels halbstandardisierter Fragebögen. Das Konzept sah vor, dass die Erstbefragung (T1) anlässlich des Projektstarts, die Zweitbefragung (T2) nach einem Zeitintervall von etwa 6 Monaten und die Abschlussbefragung (T3) nach etwa 12 Monaten durchgeführt wurden.

Dabei wurden der Rauchstatus, Merkmale der Tabakabhängigkeit, Ausstiegsmotivation, bisherige Abstinenzversuche sowie das Rauchverhalten in

der sozialen Umgebung erfasst. Die Auswertung dieses Instruments sollte nach rein deskriptiven Gesichtspunkten erfolgen (Häufigkeitsverteilungen, ggf. Interkorrelation einzelner Variablen).

Aufgrund der vom Gesamtpersonalrat des LWL geforderten Anonymisierung der Fragebögen waren keine miteinander verbundenen Erhebungen möglich, die die individuellen Veränderungen des Rauchverhaltens jeder einzelnen Person hätten ausweisen könnten.

Eine Nachbefragung etwa 6 Monate nach der Basiserhebung war geplant, konnte im Projektverlauf jedoch nicht realisiert werden. Zum Abschluss des Projektes wurde eine zweite Befragung durchgeführt, um einen anhaltenden und mittelfristigen Effekt der eingeführten Regelungen und ursprünglich geplanten Entwöhnungsangebote zu ermitteln. Über den Vergleich der dabei ermittelten Häufigkeitsverteilungen mit denen der Basiserhebung (Anteil der Raucher/innen, Konsummuster wie Tagesmenge und morgendlicher Rauchbeginn, Ausstiegsmotivation) soll aufgezeigt werden, inwieweit das gewählte Vorgehen zu einer Veränderung des Rauchverhaltens insgesamt geführt hat.

Neben diesen mittels Fragebögen erhobenen quantitativen Daten sollte eine formative Evaluation zur Ermittlung des Projektverlaufs eingesetzt werden. Einen besonderen Stellenwert im Rahmen der formativen Evaluation haben die unter Punkt 17 genannten Darstellungen aus den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen.

Darüber hinaus geben die Sitzungsprotokolle der Lenkungsgruppe, die punktuellen Kommunikationsprobleme mit

dem Gesamtpersonalrat sowie der Prozess der Konzeptentwicklung Aufschluss.

Bestandteil dieser formativen Evaluation war zudem eine qualitative Widerstands/ Barrierenanalyse bei den Mitarbeitern/innen, die zu Anfang und gegen Ende des Projektes durchgeführt werden sollte (s. Punkt 11). Neben ihrer Funktion als Bestandteil des Evaluationsinstrumentariums ist diese Widerstands/ Barrierenanalyse gleichzeitig ein wichtiges Instrument der Partizipation der Mitarbeiter/innen.

Gegen Ende des Projektes sollte ein zweiter Workshop dieser Art mit denselben Teilnehmern/innen stattfinden, um einen qualitativen Veränderungsprozess beschreiben und auswerten zu können. Dabei sollten auch die Zufriedenheit mit den Maßnahmen und die Akzeptanz der neuen Regelungen thematisiert werden. Diese zweite Widerstandsanalyse wurde aus organisatorischen Gründen jedoch nicht durchgeführt.

Ein wesentliches Anliegen des Projektes bestand ursprünglich in der Bereitstellung verschiedener Entwöhnungsformate (Selbsthilfebroschüren, Internetprogramme, Wettbewerbe, Gruppenprogramme) für ausstiegswillige Kinder und Jugendliche sowie Mitarbeiter/innen. Deshalb sollte über eine einfache Zählung die Rekrutierungsquote ermittelt werden, also der Anteil der ausstiegswilligen Kinder und Jugendlichen, die an einer Entwöhnungsmaßnahme teilnehmen. Teilnehmer/innen an Entwöhnungsangeboten sollten bezüglich ihrer Merkmalsverteilung mit der Ausgangsstichprobe (Basiserhebung, s.o.) verglichen werden.

Dann wären die Abstinenzquoten zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten (Ende der Maßnahmen, 6 und 12 Monate post) zu ermitteln und über eine einfache Kohlenmonoxid-Messung objektiv zu verifizieren gewesen.

Für Tabakentwöhnungsmaßnahmen in größerem Umfang konnten weder die Kinder und Jugendlichen noch die Mitarbeiter/innen motiviert werden.

Zur Ermittlung des Status quo der „Rauchfrei-Politik“ wurde ein Eingangsfragebogen zu Rauchverboten, Regelwerken, Verfügbarkeit von Tabakprodukten, Werbung für solche Produkte sowie der subjektiven Einschätzung der Tabakproblematik für die Leiter und deren Stellvertreter/innen für die Lenkungsgruppe der drei Einrichtungen erarbeitet.

Zum Projektende erfolgte eine Nachbefragung zur Umsetzung und Bewertung der „Rauchfrei-Politik“ in den drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen.

Im Einzelnen wurden folgende Punkte evaluiert:

9.1. Rauchverhalten und Veränderungen im Projektverlauf

- Basiserhebung: Rauchstatus, Tabakabhängigkeit, Ausstiegsmotivation, bisherige Abstinenzversuche, Verwendung von Hilfen zur Tabakentwöhnung;
- Follow-up etwa 12 Monate nach den „Info-Tagen“: Nachbefragung zum Rauchverhalten; Vergleich der Häufigkeitsverteilungen (Anteil der Raucher/innen, Konsum, Ausstiegsmotivation) erlaubt Rückschlüsse, inwieweit es während des Projektes zu ei-

ner Veränderung des Rauchverhaltens gekommen ist;

- Auswertung nach rein deskriptiven Gesichtspunkten (Häufigkeitsverteilungen, Interkorrelationen);
- Anonymisierung der Erhebungen schränkte die Evaluationsmöglichkeiten ein.

9.2. Formative Evaluation – qualitative Veränderungsprozesse und Projektverlauf

- Wo liegen die Stärken des Projektes?
- Wo liegen Schwachpunkte des Projektes?
- Wie bewerten Teilnehmende ihre Beteiligung?
- Welche Lerneffekte oder Einsichten ergeben sich?
- Qualitativer Veränderungsprozess
 - Barrierenanalyse mit Bearbeitung von Widerständen und Ressourcen
 - Darstellung qualitativer Veränderungsprozesse über Vorher-nachher-Abgleich

9.3. Wirkungsevaluation von Tabakentwöhnungsangeboten

Hierunter fällt die Ermittlung der Wirksamkeit der professionellen Tabakentwöhnungsangebote. Neben der zentralen Frage, welche Abstinenzquote nach Ende der Maßnahme und zum Follow-up-Termin erzielt wurde, sollten weitere Maße erhoben werden wie

- Anzahl ernsthafter Versuche (mind. 24 Stunden Abstinenz);

- die längste Abstinenzperiode seit Beginn der Maßnahme;
- Wichtigkeit/Dringlichkeit und Zuversicht einer künftigen Veränderung bei weiterkonsumierenden Jugendlichen sowie Mitarbeitern/innen;
- Änderung des Konsummusters (andere Konsumformen, Konsumreduktion, Punktabstinenz);
- Punktabstinenz von weiterrrauchenden Mitarbeitern/innen;
- generalisierte Veränderung (subjektives Stresserleben).

Da keine systematischen Tabakentwöhnungsmaßnahmen durchgeführt wurden, entfiel dieser Teil des Evaluationskonzeptes im Projektverlauf.

9.4. „Rauchfrei-Politik“: vorher und nachher

Folgende Erhebungen fanden im Verlauf des Projektes statt:

- Basiserhebung bei den Leitern und Stellvertretern/innen: Regelungen zum Rauchen in den Einrichtungen, Rauchverbote, Sanktionen bei Verstößen, Bekanntheit und Akzeptanz, Tabakentwöhnungsangebote, Bewertung der geltenden Regelungen, Verfügbarkeit und Bewerbung von Tabakwaren
- Abschlusserhebung bei den Leitern und Stellvertretern/innen zum Ende des Projektes mit dem Vorher-nachher-Abgleich zu den Kriterien:
 - Regelungen
 - Bekanntheit/Akzeptanz
 - Angebote
 - Zufriedenheit

9.5. Limits des Evaluationskonzeptes

- Datenerhebungen sind zustimmungspflichtig vom Gesamtpersonalrat und von den örtlichen Personalvertretungen.
- Ein experimentelles Untersuchungsdesign mit eigentlichen Kontrollgruppen war bei diesem Projekt nicht realisierbar. Der Schwerpunkt wurde deshalb auf eine deskriptive und qualitative Evaluation gelegt.

10. Erste Projektbefragung

Die Auswertung der ersten systematischen Befragung der Kinder und Jugendlichen aus den drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen zeigte folgende Situation:

10.1. LWL-Jugendheim Tecklenburg

Insgesamt wurden 126 Kinder und Jugendliche befragt:

- 89 (70,6%) Jungen
- 37 (29,4%) Mädchen

Davon waren:

- 77 (61,1%) Nichtraucher/innen
- 7 (5,6%) Gelegenheitsraucher/innen
- 42 (33,3%) Raucher/innen
- 49 (38,9%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen
- 9 (7,1%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört

24 und damit 49% der rauchenden Kinder und Jugendlichen aus dem LWL-Jugendheim Tecklenburg gaben an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“).

9 (18,4%) der rauchenden Kinder und Jugendlichen wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

10.2. LWL-Jugendhilfezentrum Marl

Insgesamt wurden 91 Kinder und Jugendliche befragt:

- 59 (64,8%) Jungen
- 32 (35,2%) Mädchen

Davon waren:

- 22 (24,2%) Nichtraucher/innen
- 10 (11%) Gelegenheitsraucher/innen
- 59 (64,8%) Raucher/innen
- 69 (75,8%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen
- 5 (5,5%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört.

35 und damit 50,7% der rauchenden Kinder und Jugendlichen aus dem LWL-Jugendhilfezentrum Marl gaben an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“).

10 (14,5%) der rauchenden Kinder und Jugendlichen wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

10.3. LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm

Insgesamt wurden 76 Kinder und Jugendliche befragt:

- 48 (63,2%) Jungen
- 28 (36,8%) Mädchen

Davon waren:

- 41 (54%) Nichtraucher/innen
- 8 (10,5%) Gelegenheitsraucher/innen
- 27 (35,5%) Raucher/innen
- 35 (46%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen
- 6 (7,9%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört

16 und damit 45,7% der rauchenden Kinder und Jugendlichen des LWL-Heilpädagogischen Kinderheims Hamm gaben an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“).

7 (20%) der rauchenden Kinder und Jugendlichen wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

10.4. Befragungen zum Rauchverhalten in den drei Jugendhilfeeinrichtungen bei den Mitarbeitern/innen

Die Erstbefragung zum Rauchverhalten der Mitarbeiter/innen in den drei Einrichtungen konnte nicht zeitnah ausgewertet werden, da zu dem Zeitpunkt noch keine abschließende Übereinkunft zwischen dem Gesamtpersonalrat und dem Projektträger erzielt worden war.

Die örtlichen Personalräte aus den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen hatten der Befragung generell zugestimmt.

10.4.1. LWL-Jugendheim Tecklenburg

Insgesamt wurden 110 Mitarbeiter/innen befragt:

- 29 (26,4%) Männer
- 80 (72,7%) Frauen
- 1 (0,9%) keine Angabe

Davon waren:

- 60 (54,5%) Nichtraucher/innen
- 5 (4,5%) Gelegenheitsraucher/innen
- 45 (41,8%) Raucher/innen
- 50 (45,5%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen
- 6 (5,4%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört.

25 (50%) der rauchenden Mitarbeiter/innen des LWL-Jugendheims Tecklenburg gaben an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“).

7 (13,7%) der rauchenden Mitarbeiter/innen wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

Bei dem Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, hatte jeder Zehnte (10,0%) der Raucher/innen Hilfen in Anspruch genommen.

10.4.2. LWL-Jugendhilfezentrum Marl

Insgesamt wurden 53 Mitarbeiter/innen befragt:

- 19 (35,8%) Männer
- 33 (62,3%) Frauen
- 1 (1,9%) keine Angabe

Davon waren:

- 32 (60,4%) Nichtraucher/innen
- 6 (11,3%) Gelegenheitsraucher/innen
- 15 (28,3%) Raucher/innen
- 21 (39,6%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen
- 5 (9,4%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört.

7 (33,3%) der rauchenden Mitarbeiter/innen des LWL-Jugendhilfezentrums Marl gaben an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“).

4 (19,1%) der Mitarbeiter/innen des LWL-Jugendhilfezentrums Marl wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

Bei dem Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, hatten 19,1% der Raucher/innen Hilfen in Anspruch genommen.

10.4.3. LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm

Insgesamt wurden 96 Mitarbeiter/innen befragt:

- 31 (32,3%) Männer
- 63 (65,6%) Frauen
- 2 (2,1%) keine Angabe

Davon waren:

- 56 (55,2%) Nichtraucher/innen
- 2 (2,1%) Gelegenheitsraucher/innen
- 38 (39,6%) Raucher/innen
- 40 (44,8%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen
- 3 (3,1%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört

16 (40,0%) der rauchenden Mitarbeiter/innen des LWL-Heilpädagogischen

Kinderheims Hamm gaben an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“).

10 (23,3%) der rauchenden Mitarbeiter/innen des LWL-Heilpädagogischen Kinderheims Hamm wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

Bei dem Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, hatten 12,5% der Raucher/innen Hilfen in Anspruch genommen.

11. Widerstands-/ Barrierenanalyse, Workshop

Ein erster Schritt im Projekt „JaN“ war die Widerstands-/ Barrierenanalyse in Form eines Workshops für 18 Mitarbeiter/innen aus den drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen.

11.1. Warum eine Widerstands-/ Barrierenanalyse und ein Workshop?

Neben den via Fragebogen erhobenen quantitativen Daten war auch eine formative Evaluation zur Ermittlung des Projektverlaufs vorgesehen. Als Bestandteil des Evaluationsinstrumentariums sollte eine Widerstands-/ Barrierenanalyse gleichzeitig ein wichtiges Instrument der Partizipation für die betroffenen Mitarbeiter/innen sein, mit dessen Hilfe diese ihre Beteiligung und Lerneffekte bewerten und ihre Sicht der Stärken und Schwachpunkte des Projekts darlegen konnten. Da die Einführung rauchfreier Einrichtungen gerade bei den betroffenen Rauchern/innen Reaktanz hervorrufen und somit Widerstand mobilisieren kann, sollten mit

einem aus Sicht der Beteiligten prinzipiell zieloffenen Workshop der Ist-Zustand in all seinen Facetten beschrieben und Wege möglicher Veränderungen aufgezeigt werden. Dazu sollten je sechs von den Heimleitern benannte Mitarbeiter/innen eingeladen werden. Die Projektleitung und die Projektkoordination nahmen ebenfalls teil.

11.2. Thema und Struktur des Workshops

Auf fachlich-inhaltliche Vorgaben im Sinne eines Impulsreferates wurde bewusst verzichtet, um dem Moderator nicht schon zu Beginn einen möglicherweise diskussions- und assoziationshemmenden Expertenstatus zu verleihen. Der Workshop wurde mit nur wenigen strukturierenden Vorgaben in wesentlichen Teilen von den Beteiligten selbst bestritten.

Diese Vorgaben bestanden in der Einladung zur Diskussion folgender Themen, wobei nicht notwendigerweise alle Punkte abgearbeitet werden mussten:

- Beschreibung des Ist-Zustandes (Stellenwert des Nichtraucherschutzes in den einzelnen Jugendhilfeeinrichtungen, Ansichten zur Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung, Wissensstand zur Tabakproblematik)
- Gründe für den Ist-Zustand (z.B. persönliche Einstellungen, andere Dringlichkeiten, empathische Grundhaltung)
- Vorteile des Status quo (wen schützt, wem nützt der gegenwärtige Zustand, gibt es einen offenen oder verdeckten Gewinn?)

- Nachteile des Status quo (wer leidet, wem schadet der gegenwärtige Zustand, was gefällt einfach nicht daran?)
- Möglichkeiten kurzfristiger und mittelfristiger Veränderung des Status quo (was sollte anders werden, was ist realisierbar, was wird morgen anders sein, was in drei Monaten, wer trifft die dazu notwendigen Entscheidungen, wer schafft die Ressourcen?)
- Wenn schon wieder Weihnachten wäre – wie sähe die Wunschliste aus (was wäre der Idealzustand, wovon träumen wir, wo könnten wir hinkommen, wenn in den nächsten Jahren optimale Bedingungen herrschen würden?)?
- Entscheidungen – wer ist für welche Schritte zuständig?
- Nichtraucherschutz und Tabakentwöhnung in LWL-Jugendhilfeeinrichtungen: Analyse des Ist-Zustandes – Möglichkeiten und Umsetzung von Veränderung

Um noch besser auf Widerstände in den Jugendhilfeeinrichtungen reagieren zu können, sollte im Juni 2006 in Tecklenburg ein zweiter Workshop zur Widerstands-/ Barrierenanalyse stattfinden, der jedoch wegen zu geringer Teilnehmerzahl abgesagt wurde.

11.3. Ergebnisse des Workshops

Die Widerstands-/ Barrierenanalyse fand ganztätig am 3.4.2006 beim LWL in Münster statt. Der Verlauf des Workshops wurde detailliert protokolliert und durch Notizen des Moderators ergänzt. Die Auswertung dieses Protokolls ergab folgende zentrale Themen:

Beschreibung des Ist-Zustandes/Status quo

- Rauchen ist kein zentrales Problem, sondern das kleinste Übel. Die Probleme mit Alkohol, Cannabis und anderen Drogen sind wirklich bedeutsam. Es rauchen fast alle Jugendlichen ab 16 Jahren.
- Es herrscht teilweise eine sehr permissive Haltung vor. So gestattet selbst ein nichtrauchender Betreuer den Jugendlichen das Rauchen während notwendiger Autofahrten. Dies sei Ausdruck einer wertschätzenden pädagogischen Grundhaltung. Gemeinsames Rauchen erleichtert den Zugang zu den Jugendlichen; in diesem Setting bieten sich vielfältige Gesprächsmöglichkeiten. In besonders heiklen Stress-Situationen sei es unter Umständen hilfreich, einen Jugendlichen zum Rauchen zu schicken, damit er sich wieder beruhigen kann. Jugendlichen sollte in ihrem Wohnbereich die Möglichkeit gegeben werden, bei Bedarf einen separaten Raum zum Rauchen zu nutzen. Sie leben dort wie andere in ihrer Wohnung, und kein Raucher würde sich das Rauchen in seiner Wohnung verbieten lassen.
- Wo Gebäude dauerhaft als rauchfrei deklariert wurden, gehen Jugendliche und Mitarbeiter/innen zum Rauchen nach draußen. Die Mitarbeiter/innen werden dabei von den Kindern beim Rauchen gesehen. In den Pausen machen die Mitarbeiter/innen längere Spaziergänge, um rauchen zu können. Gleiches gilt für die Jugendlichen.
- Wenn Jugendliche beim Rauchen in rauchfreien Gebäuden erwischt werden, greifen Sanktionen von Ermahnung bis zum Taschengeldentzug.

Manchmal reiche das Taschengeld nicht aus, um sich die Zigaretten legal zu beschaffen, was ein gewisses Maß an Beschaffungskriminalität zur Folge hat.

Meinungen zum Projekt „JaN“

- Im Vorfeld des Projektes haben einige Mitarbeiter/innen mit dem Rauchen aufgehört. Als Raucher/in sei man inzwischen Außenseiter/in. Es stehe die Frage im Raum, ob im Rahmen des Projektes das Rauchen im Dienst verboten werden kann.
- Das Projekt wird als positiver Ansporn gesehen, schon vorher mit dem Rauchen aufzuhören. Es sei positiv, wenn Mitarbeiter/innen als Vorbilder nicht mehr rauchen. Den Jugendlichen sollte die Chance gegeben werden, selbst über den Tabakkonsum zu entscheiden, und ihnen müsse ein Raum zum Rauchen im Wohnbereich geboten werden.
- Es wird als ungerecht empfunden, wenn Jugendliche weiterhin rauchen dürfen, Mitarbeiter/innen aber aufhören müssen.
- „Druck von oben“ würde das Projekt zum Scheitern verurteilen, da auf diese Weise neue Krisenherde und Konflikte entstehen würden. Das Projekt bietet Anreize, über Veränderungsmöglichkeiten nachzudenken. Druck wäre kontraproduktiv und würde nur Konflikte schüren, da es sich beim Rauchen um eine Sucht handelt.
- Rauchen könne man nicht mit Alkohol vergleichen. Ein Raucher kann nach dem Konsum von Zigaretten genauso gut seiner pädagogischen Verpflichtung nachkommen wie vorher. Dieses treffe auf den Konsum alkoholischer Getränke nicht zu.

Vorteile und Nachteile des Status quo

Vorteile	Nachteile
Gemeinsames Rauchen schafft Authentizität. Rauchfrei-Politik in den Gebäuden sorgt für einen verminderten Konsum bei Mitarbeitern/innen und Jugendlichen. Wenn am Arbeitsplatz geraucht werden darf, verringert sich die Nettoarbeitszeit nicht.	Durch Rauchfrei-Regelungen werden Prozesse zwangsweise massiv unterbrochen. Gemeinsames Rauchen von Mitarbeitern/innen und Jugendlichen führt zu unerwünschter Legitimation und selbstverständlicher Akzeptanz des Rauchens bei Jugendlichen (Vorbildfunktion, Modell-Lernen). Wenn am Arbeitsplatz nicht geraucht werden darf, verringert sich die Nettoarbeitszeit. Raucherräume und Büros, in denen geraucht werden darf, sorgen für höheren Tabakkonsum.

Möglichkeiten kurzfristiger und mittelfristiger Veränderung des Status quo

- Rauchen sollte im Rahmen der neu entdeckten „Gesundheitserziehung“ mehr zum Thema gemacht werden.
- Im Rahmen dieser stärker thematisierten „Gesundheitserziehung“ sollte auch ein gesundheitsverträgliches, bewusstes Rauchen angesprochen werden.
- Gut vorstellbar ist die Ausweitung von (spannenden) Angeboten, bei denen das Rauchen vergessen wird, und die Bereitstellung von Rauchalternativen (Ball, s. Punkt 12).
- Mitarbeiter/innen bieten selbst Raucherentwöhnung für Jugendliche an: 10 Teilnehmer/innen konnten sich vorstellen, Tabakentwöhnung in der Einrichtung direkt anzubieten. Der Mehrzahl der Teilnehmer/innen würde das auch Spaß machen.

Wie sähe die Wunschliste aus?

- Als Raucher/in morgens ohne Verlangen aufzuwachen und selbst rauchfrei werden zu können, und zwar ohne Suchtverlagerung.

- Die Schaffung rauchfreier öffentlicher Räume und komplett rauchfreier Gruppen.

Zusammenfassung und Bewertung:

Es zeigte sich zu Beginn des Workshops die auch für therapeutische und medizinische Einrichtungen typische Einschätzung, dass Rauchen ein nachrangiges Problem sei. Rauchen von Kindern und Jugendlichen sei ein relativ kleines Übel, und gemeinsames Rauchen dürfe in seiner Funktionalität als Zugangsweg in kritischen Situationen nicht unterschätzt werden. An diesem Punkt nahm die Diskussion teilweise den Charakter einer pädagogischen Grundsatzdiskussion an: Ist gemeinsames Rauchen von Mitarbeitern/innen und Jugendlichen eine pädagogische Maßnahme, um kritische Themen „auf Augenhöhe“ klären zu können, oder handelt es sich dabei schlicht und einfach um gemeinsamen Drogenkonsum?

Prinzipien der Gleichstellung seien durch rauchfreie Einrichtungen in Frage gestellt, eine Verordnung von oben wä-

re als Akt der Diskriminierung anzusehen. Rauchfreiheit könne nur auf freiwilliger Basis erzielt werden; dies gelte für Mitarbeiter/innen und Jugendliche. Es gab teilweise Tendenzen, die Ursachen für Konflikte wegen des Rauchens zunächst extern und nach oben zu attribuieren: Verantwortlich sei die Politik, die Werbung etc.

Auffällig war auch, wie viel Empathie für die Raucher/innen und deren Probleme vorhanden ist. Tabakkonsum und -abhängigkeit nimmt eine Sonderstellung ein, weil das Rauchen nicht berauscht macht. Ein Betrunkener fällt auf, Raucher/innen nicht.

Es fehlt weitgehend an fundiertem Wissen zu Tabakabhängigkeit und den Gefahren des Rauchens und Passivrauchens. Dass Rauchen krank macht und Frühsterblichkeit verursacht, ein Rauchstopp sofortige und anhaltende Vorteile bringt und Passivrauch die Gesundheit Unbeteiligter schädigt und mindestens 3000 Todesfälle pro Jahr verursacht, war in dieser deutlichen Einfachheit nicht bekannt.

Mit zunehmendem Verlauf eröffneten sich bei den Teilnehmern/innen Einsichten, dass mit einer permissiven Haltung möglicherweise kein wirksamer Nichtraucherenschutz etabliert werden könne und die Aussparung des Tabakkonsums aus der Erziehung – insbesondere der „Gesundheitserziehung“ – ein negatives und widersprüchliches Modell sei. Im Rahmen dieses beginnenden Umdenkungsprozesses wurde der Wunsch formuliert, zusätzlich gesicherte Informationen einzuholen, um Halbwissen „über Bord werfen“ und Tabakabhängigkeit und -entwöhnung fundiert zum Thema machen zu können.

Die aus der Diskussion erwachsene Bereitschaft, sich auch als betroffene, selbst rauchende Mitarbeiter/innen Know-how zur Tabakentwöhnung für Kinder und Jugendliche anzueignen und dieses Wissen anzuwenden, stellte ein überraschend erfreuliches Ergebnis der Widerstands-/ Barrierenanalyse dar.

12. Die „Info-Tage“ in den drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen

An drei Tagen (24.4., 26.4. und 27.4.2006) fanden Informationstage („Info-Tage“) statt, und zwar in den folgenden Einrichtungen: LWL-Jugendheim Tecklenburg (Wohngruppe/ Außenstelle Lengerich), LWL-Jugendhilfezentrum Marl und LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm.

Die Veranstaltungen waren überaus gut besucht, und das Interesse war groß. Insgesamt gab es eine positive Resonanz zu den Veranstaltungen.

Hintergrund der „Info-Tage“ war, die Kinder und Jugendlichen über die Gefahren des Rauchens zu informieren, für das Nichtrauchen zu sensibilisieren und ihr Bewusstsein dafür zu schärfen. Zudem wurden Vertreter der örtlichen Jugendämter (Kostenträger) eingeladen, um über das Projekt zu informieren.

Die örtliche Presse war eingeladen, wurde ebenfalls informiert und berichtete über die unterschiedlichen Aktivitäten der Antirauchkampagne während der „Info-Tage“.

An den drei „Info-Tagen“ wurden speziell auf die Kinder und Jugendlichen zugeschnittene Vorträge und umfassende Informationsmaterialien angeboten. Mitarbeiter/innen wurden ebenfalls informiert und rund um das Rauchen beraten. Aufgezeigt wurden weiterhin Ausstiegshilfen für Mitarbeiter/innen und Jugendliche.

Die Kinder und Jugendlichen sowie die Beschäftigten konnten sich freiwillig einer CO-Messung unterziehen und wurden über den individuellen CO-Wert informiert und beraten. Teils waren die Testpersonen über die hohen CO-Werte überrascht. Hier entwickelte sich eine gute Möglichkeit zur gezielten Information und zu weiteren motivierenden Interventionen.

Es wurden kleine gelbe Bälle („Handschmeichler“) verteilt, die mit dem „JaN“-Logo versehen waren. Der Ball konnte als „Spannungslöser“ im Sinne von „Entspannung statt Rauchen“ eingesetzt werden. Er war aber auch als Symbol gedacht, um an die Präsenz des Projektes in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen auch nach den „Info-Tagen“ zu erinnern.

Eine Theatergruppe spielte Stücke zum Thema Rauchen und integrierte auch die Kinder und Jugendlichen im Spiel.

Um möglichst viele Menschen zu den „Info-Tagen“ zu bewegen und somit informieren zu können, waren diese unter dem Motto „Frühlingsfest“ und dem Slogan „Ohne Rauch geht's auch“ eingebettet.

Weiterhin gab es attraktive Preise zu gewinnen, und zwar bei Teilnahme an einer Fragebogenaktion für die Kinder und Jugendlichen rund um das Thema Rauchen.

Parallel zu den „Info-Tagen“ nutzten wir die Aktion „rauchfrei 2006“, wo Gewinne bis zu 10.000 Euro für die Mitarbeiter/innen sowie Kinder und Jugendlichen winkten.

13. Konzeptionelle Absprachen mit den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen

Seitens der LWL-Koordinationsstelle Sucht wurden für die LWL-Jugendhilfeeinrichtungen in Hamm (11.12.2007), in Marl (12.12.2007) und in Tecklenburg (14.12.2007) vor Ort Angebote und Maßnahmen angeregt und entwickelt:

- Einsatz des von Herrn Lindinger vorgelegten Konzeptes „Motivierende Interventionen – Möglichkeiten der Ansprache von rauchenden Mitarbeitern/innen und Kindern und Jugendlichen“ in den Einrichtungen und Sensibilisierung von Mitarbeitern/innen. „Rauchfrei-Politik“ soll erarbeitet werden in den bestehenden Regelkommunikationskreisen wie
 - Bereichsleiterrunden (alle 6–8 Wochen);
 - Gesamtkonferenz (für die Leitungsebene);
 - Teamleiterkonferenzen (wöchentlich).

Auch die örtlichen Personalräte haben sich mit dem Thema intensiv auseinander gesetzt.

Zudem sollte die „Rauchfrei-Politik“ eingebettet sein in ein zu entwickelndes „Gesundheitskonzept“.

- Vorstellung und Terminierung einer Multiplikatorenschulung zur Motivation und Tabakentwöhnung „Curriculum Anti-Rauchkurs“ (Rakete, Gerd).

- Die LWL-Suchtberatung hat sich angeboten, nach Bedarf Raucherentwöhnungskurse ("Rauchfrei-Kurs in 3 Wochen") für die Mitarbeiter/innen anzubieten.
- Weiterhin sind einige örtliche LWL-Suchtbeauftragte als Kursleiter/innen geschult und bieten Ausstiegshilfen für Raucher/innen an.
- Tabakabhängigkeit und Angebote zum Ausstieg werden im Rahmen der Gesundheitserziehung als Aufgabe für den pädagogischen Dienst definiert.
- „Gesundheitserziehung“ soll verstärkt in den Fokus genommen werden. Die „Rauchfrei-Politik“ bildet dabei eine Säule. Dieses geschieht im Rahmen von Zielvereinbarungen und soll mittelfristig in Konzeptionen verankert werden.
- Zum Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit werden für Mitarbeiter/innen sowie Kinder und Jugendliche niederschwellige Angebote unterbreitet, z.B. in Form von Vorträgen, interaktiver Selbsthilfe im Internet, Kurzinterventionen durch den Betriebsärztlichen Dienst. Möglich wären Aktionen in den Jugendhilfeeinrichtungen wie offene Wettbewerbe (Malen, Gestalten, Collage etc.), welche sich im Rahmen der „Gesundheitserziehung“ mit dem Thema Rauchen beschäftigen.
- Umsetzungsprobleme in Hinblick auf eine „rauchfreie Einrichtung“ und „Punktabstinenz“ für rauchende Mitarbeiter/innen gab es in den Jugendhilfeeinrichtungen nicht. Fokussiert wurde der zu erfüllende pädagogische Auftrag, die Einsicht sowie die Festschreibung von Zielen in Konzeptionen und Zielvereinbarungen.
- Von allen Werkleitern wurde beschrieben, dass die Einrichtungen seit Anfang 2007 rauchfrei waren. Relevant war in diesem Kontext auch die Entwicklung der „Rauchfrei-Politik“ in Bund, Land und beim LWL in Münster. Im Zeitraum des Projektes wurde eine Initiative der LWL-Suchtberatung eingeleitet, aufgrund deren die "Dienstvereinbarung Sucht/Nichtraucher Schutz" durch den LWL-Direktor gekündigt, angepasst und verabschiedet wurde. Hintergrund war auch eine unzureichende Berücksichtigung für die Jugendhilfe und somit für die LWL-Jugendhilfeeinrichtungen in der Dienstvereinbarung Sucht/Nichtraucherschutz.
- Es wurden Regeln im Umgang mit dem Rauchen in Räumen der Mitarbeiter/innen sowie Kinder und Jugendlichen erstellt, die sich auf dem Gelände der Einrichtung befinden.
- Es wurden Rahmenbedingungen geschaffen, sich am Schulwettbewerb „Be smart, don't start“¹⁰ im Hinblick auf Maßnahmen zur Prävention bei Kindern und Jugendlichen zu beteiligen.
- In den Monaten Januar und Februar 2007 gab es eine Medienpräsenz für Tabakentwöhnung, bedingt durch die Einführung des neuen Medikaments Vareniclin (Champix®). Es bestand die Hoffnung, dass die Aus-

10 „Be smart – don't start“ wird im Schuljahr 2006/2007 zum zehnten Mal in Deutschland angeboten. Der Wettbewerb soll Schülern/innen der sechsten bis achten Klasse den Anreiz geben, gar nicht erst mit dem Rauchen anzufangen. Er richtet sich daher besonders an die Gruppen, in denen noch nicht geraucht wird oder nur wenige Kinder und Jugendliche rauchen.

stiegsmotivation insgesamt befördert wird. Es wurde damit gerechnet, dass der Hersteller auch die Betriebsärzte/innen verstärkt für die Tabakentwöhnung gewinnen wollte, was zumindest 2001 bei der Einführung des Medikamentes Bupropion (Zyban®) der Fall war. Es konnte damit gerechnet werden, dass die Verfügbarkeit einer neuen „Therapiemöglichkeit“ bei vielen vermeintlich unmotivierten Rauchern zu ernsthaften Ausstiegsbemühungen führen würde. Daher wurden seitens der LWL-Jugendhilfeeinrichtungen Kontakte zu den Betriebsärzten/innen hergestellt; bisher hat es aber diesbezüglich keine erkennbaren Entwicklungen gegeben.

- Die LWL-Jugendhilfeeinrichtungen wurden im Laufe des Projektes mit Infomaterialien versorgt, u.a.:
 - Schulungsunterlagen zum „Curriculum Anti-Rauchkurs“
 - „Rauchfrei-Kurs in 3 Wochen“ (Hans-Günther Neuer)
 - Arbeitshilfe für die LWL-Jugendhilfeeinrichtungen (erstellt von der LWL-Koordinationsstelle Sucht)
 - Informationsunterlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

14. Multiplikatorenschulung: „Curriculum Anti-Rauchkurs“¹¹

Als Referent des Kurses konnte der bundesweit anerkannte Diplom-Psychologe Gerd Rakete gewonnen werden, der

auch die Konzeption für das „Curriculum Anti-Rauchkurs“ entwickelt hat. Moderiert wurde die Veranstaltung von der LWL-Koordinationsstelle Sucht. Der Kurs fand im Landeshaus des LWL statt und war mit 21 Teilnehmern/innen gut besucht; die erste Planung belief sich auf 15 Teilnehmer/innen.

Teilgenommen am Kurs haben Mitarbeiter/innen aus den drei am Projekt teilnehmenden LWL-Jugendhilfeeinrichtungen Tecklenburg, Marl und Hamm.

Herr Rakete präsentierte Daten und Fakten rund um das Thema Nikotin und stellte die einzelnen Kursschritte vor. Es gab im Weiteren praktische Übungen in Form von Rollenspielen und Handlungsvorschlägen.

Die Auswertung ergab, dass die meisten Teilnehmer/innen sich nach der Schulung vorstellen konnten, einen Kurs in ihrer Einrichtung anzubieten, wenn folgende Faktoren geklärt sind:

- Ausreichende zeitliche und finanzielle Ressourcen für ein Kursangebot.
- Freistellung durch die Leitung.
- Angepasste Struktur in den Einrichtungen (z.B. bei Regelverstößen verbindliche Teilnahme der Jugendlichen am Kurs).
- Das Thema „Rauchfrei-Politik“ sollte auch im Rahmen des pädagogischen Auftrags, der „Gesundheitserziehung“, behandelt werden. Hierzu bieten sich z.B. AGs, Workshops, In-foveranstaltungen an.

Der Anti-Rauchkurs ist in Verbindung mit dem von Herrn Lindinger für das Projekt „JaN“ erarbeiteten Konzeptes

11 Rakete Konzept GbR, Berlin; Kursinhalte siehe Anhang

„Motivierende Interventionen – Möglichkeiten der Ansprache von rauchenden Mitarbeitern/innen, Kindern und Jugendlichen“ (s. Anhang) optimal einsetzbar.

Die Teilnehmer/innen waren zur Teilnahme am Kurs hervorragend motiviert. Die strukturierte Vorgehensweise im „Curriculum Anti-Rauchkurs“ wurde als hilfreich empfunden.

Im Weiteren wird es darum gehen, das Angebot von entsprechenden Kursen in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen zu implementieren.

15. Abschlussevaluation

Die Abschlussbefragung zum Rauchverhalten in den drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen bei den Kindern und Jugendlichen erfolgte im Mai 2007 mit folgenden Ergebnissen:

15.1. LWL-Jugendheim Tecklenburg

Insgesamt wurden 144 Kinder und Jugendliche befragt:

- 88 (61,5%) Jungen
- 55 (38,5%) Mädchen
- 1 Fragebogen ohne Geschlechtsangabe

Davon waren:

- 95 (65,2%) Nichtraucher/innen
- 9 (6,4%) Gelegenheitsraucher/innen
- 40 (28,4%) Raucher/innen
- 49 (34,8%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen

- 7 (5%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört

22 und damit 46,8% der rauchenden Kinder und Jugendlichen aus Tecklenburg gaben an, mit dem Rauchen aufhören zu wollen (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“).

11 (23%) der rauchenden Kinder und Jugendlichen wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

15.2. LWL-Jugendhilfezentrum Marl

Insgesamt wurden 66 Kinder und Jugendliche befragt:

- 42 (63,6%) Jungen
- 24 (35,2%) Mädchen

Davon waren:

- 30 (47,1%) Nichtraucher/innen
- 2 (2,9%) Gelegenheitsraucher/innen
- 34 (50%) Raucher/innen
- 36 (52,9%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen
- 6 (8,8 %) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört

16 und damit 44,4% der rauchenden Kinder und Jugendlichen wollten mit dem Rauchen aufhören (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“).

8 (22,2%) der rauchenden Kinder und Jugendlichen wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

15.3. LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm

Insgesamt wurden 66 Kinder und Jugendliche befragt:

- 40 (60,6%) Jungen
- 26 (39,4%) Mädchen

Davon waren:

- 39 (57,8%) Nichtraucher/innen
- 7 (10,9%) Gelegenheitsraucher/innen
- 20 (31,3%) Raucher/innen
- 27 (42,2%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen
- 3 (4,7%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört

19 und damit 67,8% der rauchenden Kinder und Jugendlichen wollten mit dem Rauchen aufhören (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“).

6 (21,4%) der rauchenden Kinder und Jugendlichen wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

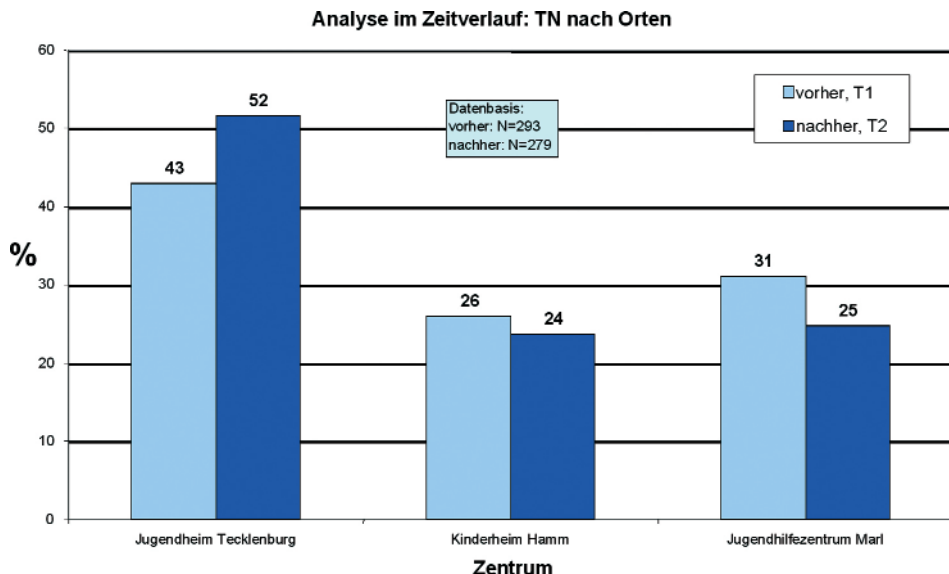
15.4. Analysen im Zeitverlauf – Kinder und Jugendliche¹²

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erstbefragung mit denen der Abschlussbefragung verglichen und die interessanten Einzelbefunde herausgehoben. Zur besseren Veranschaulichung wurde eine grafische Darstellung gewählt.

Zu Grafik 1:

Es gab zwischen den beiden Erhebungen unter den Einrichtungen leichtere Verschiebungen der Teilnehmerzahlen. Zum Nachbefragungszeitraum kamen 52% der befragten Jugendlichen aus Tecklenburg, während es bei der Erstbefragung nur 43% waren. Entsprechend geringer war der Anteil der Jugendlichen aus Hamm bzw. Marl.

Grafik 1



¹² Wenn in den Grafiken nicht explizit Einrichtungen ausgewiesen sind, sind alle Einrichtungen im Projekt „JaN“ gemeint.

Zu Grafik 2:

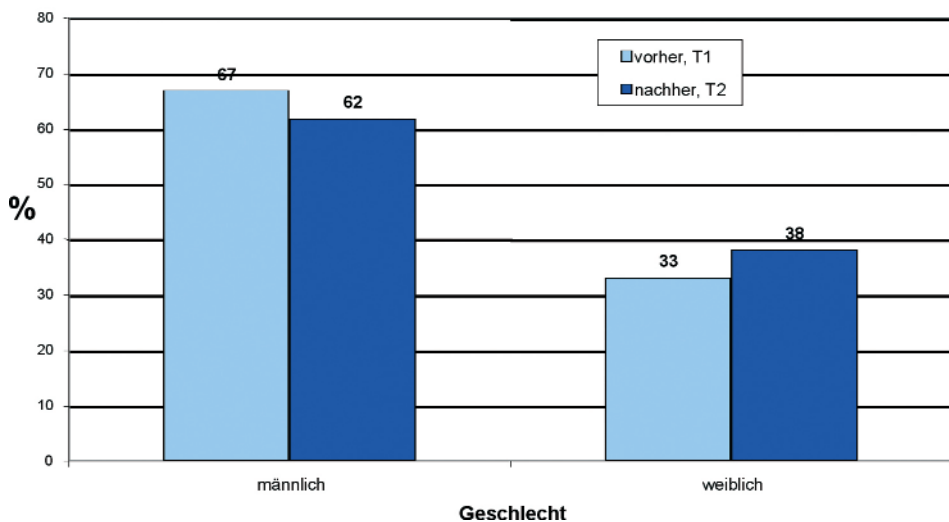
Das Geschlechterverhältnis verschob sich von der Erstbefragung zur Abschlussbefragung um 5% zugunsten der Mädchen und jungen Frauen.

Zu Grafik 3:

Aus der Erstbefragung lagen keine vollständigen Angaben zu den Altersgruppen vor. Bei der zweiten Befragung waren 51% der Jugendlichen unter 15 Jahre alt.

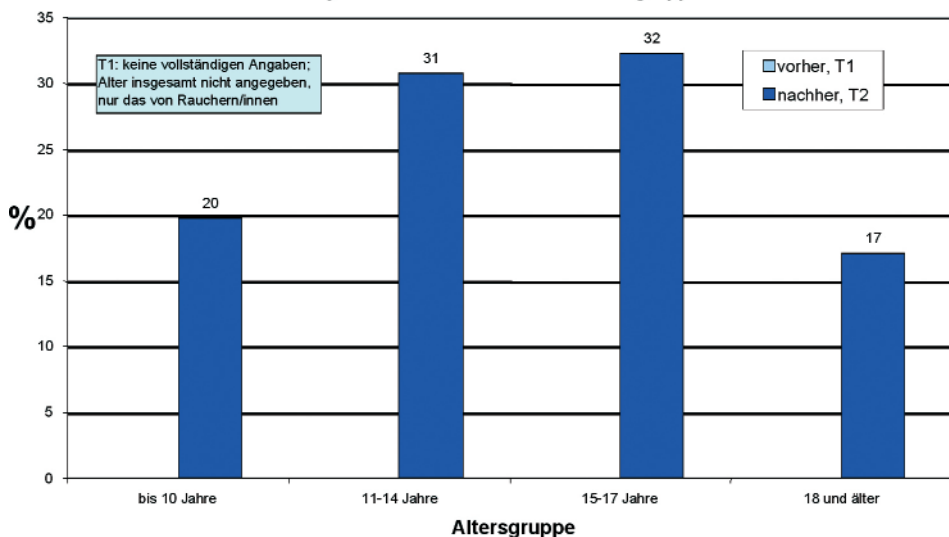
Grafik 2

Analyse im Zeitverlauf: TN nach Geschlecht



Grafik 3

Analyse im Zeitverlauf: TN nach Altersgruppe



Zu Grafik 4:

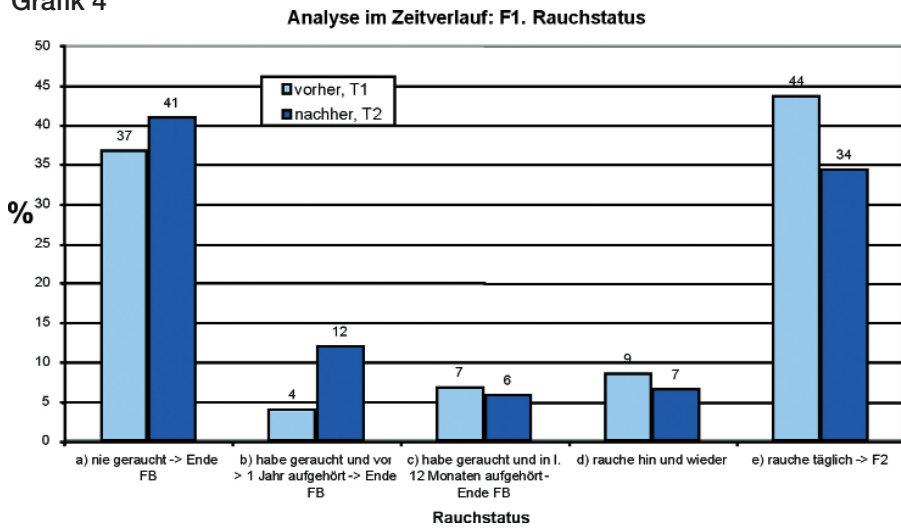
In Bezug auf den Rauchstatus waren deutliche Veränderungen zwischen Erst- und Nachbefragung zu beobachten. Der Anteil derer, die niemals geraucht hatten, stieg von 37% um 4 Prozentpunkte auf 41%. Gleichzeitig war der Anteil der ehemaligen Raucher (in den letzten 12 Monaten oder davor aufgehört) von 11% auf 18% angewachsen. Gelegenheits-

raucher und tägliche Raucher waren 52,2% bei der Erstbefragung und 41% zum Zeitpunkt der Nachbefragung.

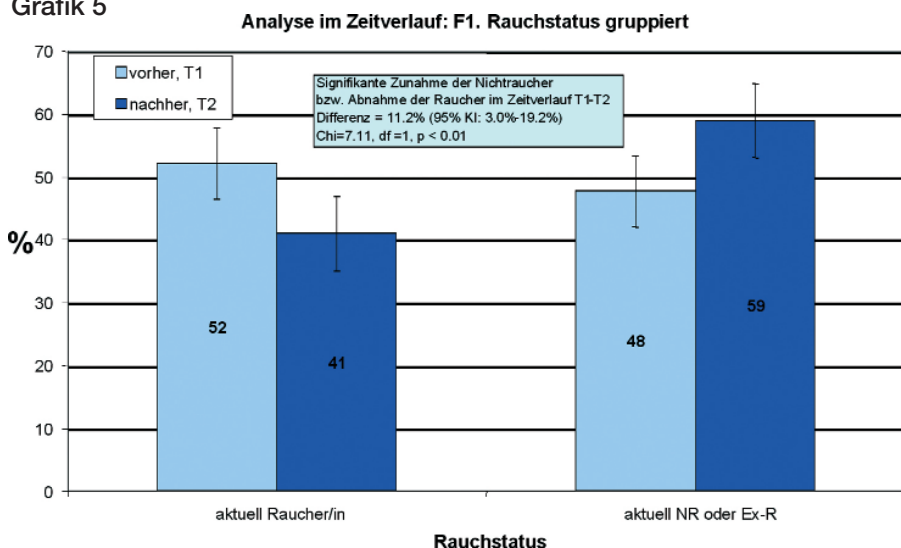
Zu Grafik 5:

Der Rückgang der Raucherquote zwischen den beiden Messzeitpunkten ist statistisch signifikant ($\chi^2 = 7.11$, $p < 0.01$).

Grafik 4



Grafik 5



Zu Grafik 6:

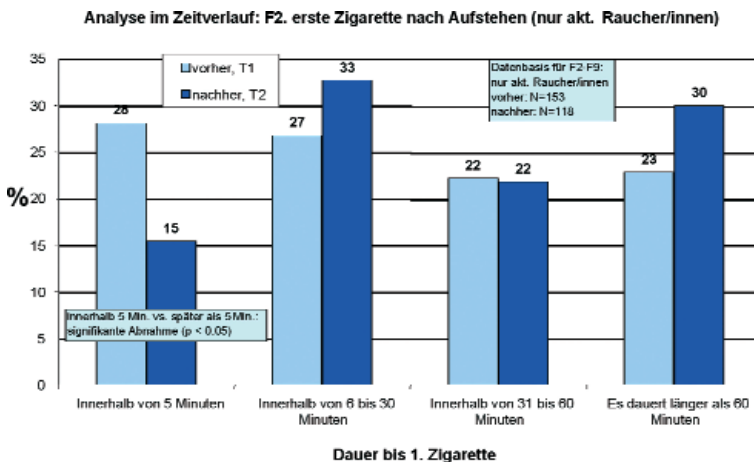
Auch in Bezug auf den Zeitpunkt der ersten Zigarette des Tages (ein wichtiger Indikator für das Ausmaß der Tabakabhängigkeit) ergaben sich einige Veränderungen zwischen Erst- und Nachbefragung. Direkt nach dem Aufwachen rauchten ihre erste Zigarette 28% bei der ersten Befragung, ein Jahr später waren es noch 15%. Diese Abnahme erreicht das statistische Signifikanzniveau. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung dauerte es bei 30% der Be-

fragten mindestens 60 Minuten. Bei der Erstbefragung traf dies auf 23% der Kinder und Jugendlichen zu.

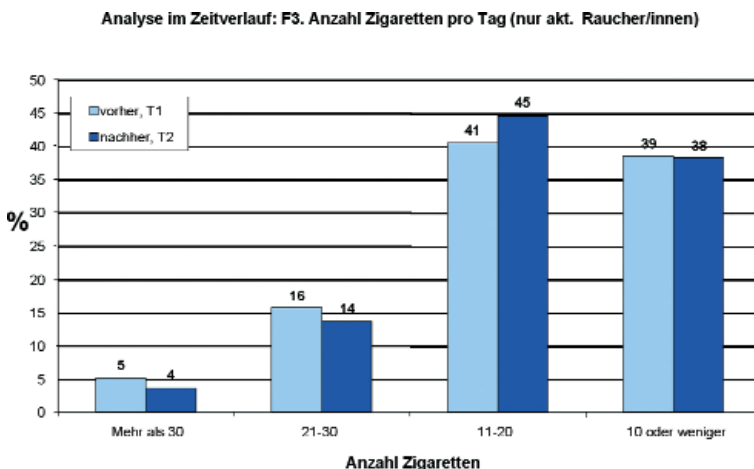
Zu Grafik 7:

Die Menge der gerauchten Zigaretten blieb relativ konstant. Waren es bei der Erstbefragung 21% der Kinder und Jugendlichen, die angaben, mehr als 20 Zigaretten pro Tag zu rauchen, lag der Anteil der Vielraucher zum Zeitpunkt der Abschlussbefragung bei 18%.

Grafik 6



Grafik 7



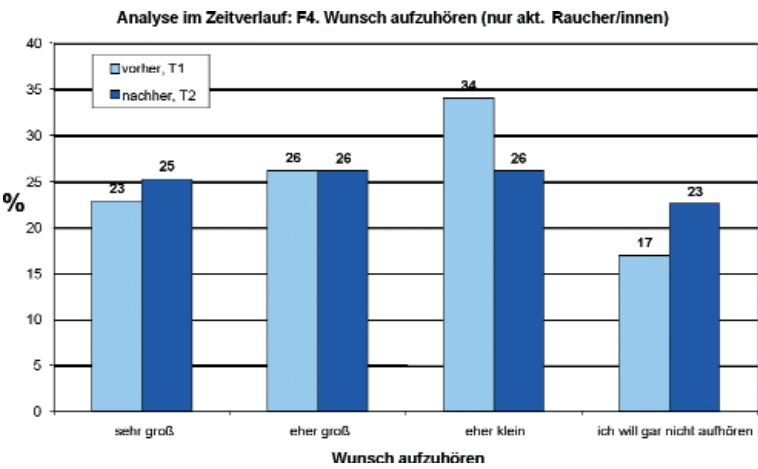
Zu Grafik 8:

Unter den aktuellen Rauchern/innen insgesamt hat sich der Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören, kaum verändert. Waren es zum ersten Messzeitpunkt 49%, die angaben, dass der Wunsch „sehr groß“ oder „eher groß“ sei, waren es bei der zweiten Befragung 51%.

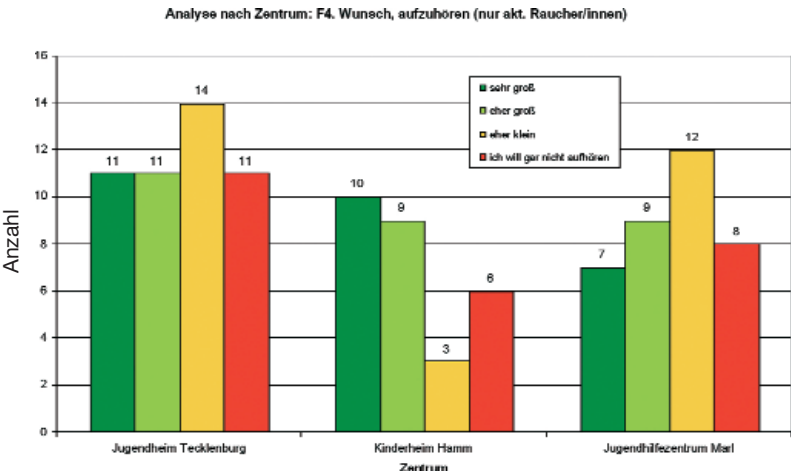
Zu Grafik 9:

Wenn bezüglich des Aufhörwunsches nur das Ergebnis der Nachbefragung betrachtet wird, lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den drei Einrichtungen erkennen. Kinder und Jugendliche in Hamm gaben häufiger einen sehr großen oder eher großen Aufhörwunsch an, während in Tecklenburg und Marl die Mehrzahl wenig oder gar nicht ausstiegsmotiviert war.

Grafik 8



Grafik 9



Zu Grafik 10:

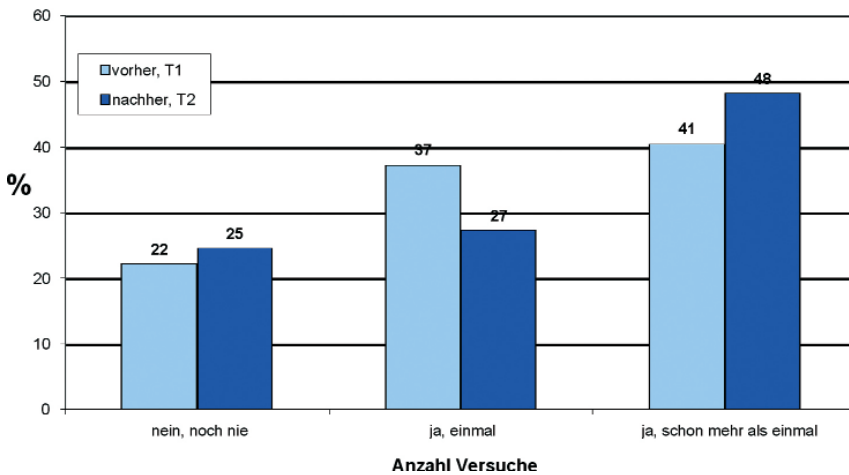
Der Anteil derjenigen Kinder und Jugendlichen, die bereits mindestens einen Ausstiegsversuch unternommen haben, blieb nahezu konstant (78% bei der Erstbefragung, 75% bei der Nachbefragung).

Zu Grafik 11:

Bezüglich des Rauchverhaltens der Eltern wurden wie ersichtlich keine auffälligen Unterschiede zwischen beiden Messzeitpunkten ermittelt.

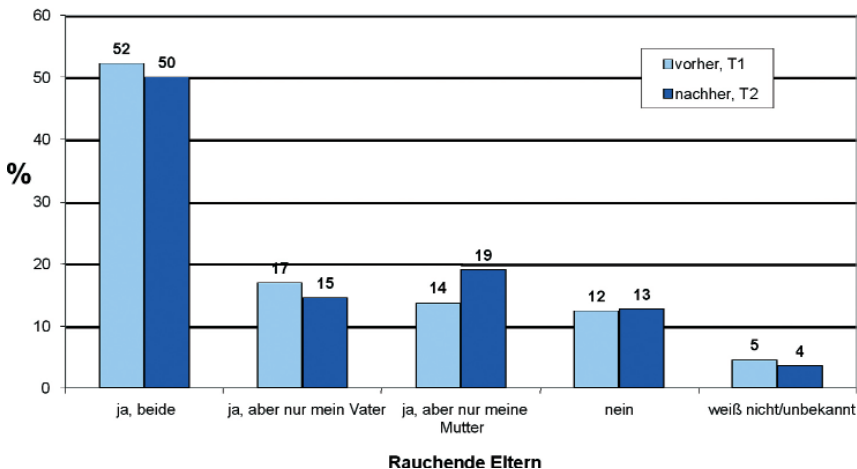
Grafik 10

Analyse im Zeitverlauf: F5. Anzahl Versuche aufzuhören (nur akt. Raucher/innen)

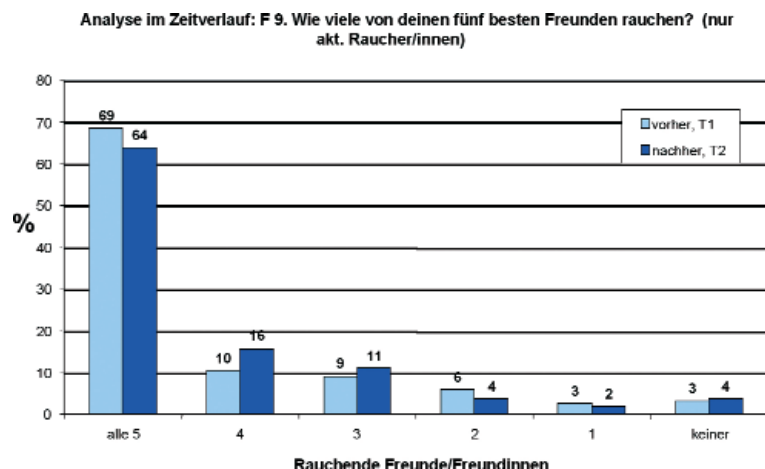


Grafik 11

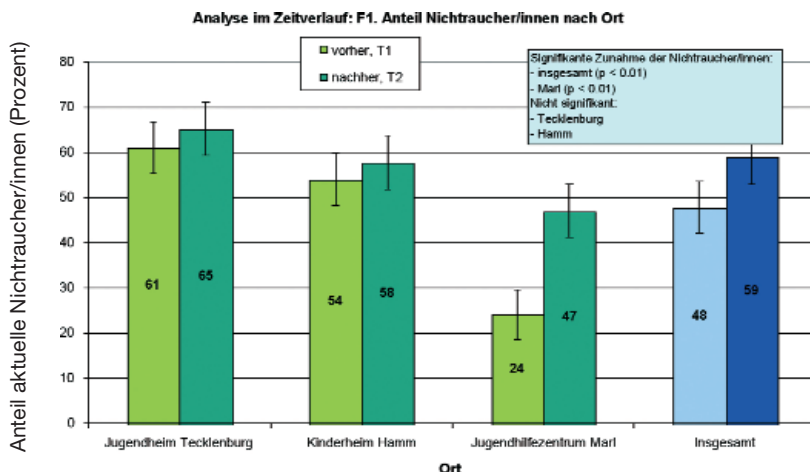
Analyse im Zeitverlauf: F8. Rauchende Eltern (nur akt. Raucher/innen)



Grafik 12



Grafik 13



Zu Grafik 12:

Ähnlich ist die Entwicklung des Rauchverhaltens der fünf besten Freunde. Nach wie vor gaben etwa zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen an, dass von den fünf besten Freunden alle Raucher seien.

Zu Grafik 13:

Die nach den drei Einrichtungen differenzierte Betrachtung der Veränderung des Nichtraucheranteils ergab, dass der Nichtraucheranteil zwar in allen Ein-

richtungen zunahm (in Tecklenburg um 4 Prozentpunkte, in Hamm ebenfalls um 4 Prozentpunkte und in Marl um 23 Prozentpunkte), aber nur die Zunahme in Marl statistisch signifikant war. Hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Veränderung in Marl teilweise durch eine günstige Fluktuation zu erklären ist: Betrug dort der Anteil der Nieraucher beim ersten Messzeitpunkt lediglich 14,3% ($N = 13$), lag dieser Anteil zum Zeitpunkt der Nachbefragung bei 24,2% ($N = 16$).

Zu Grafik 14:

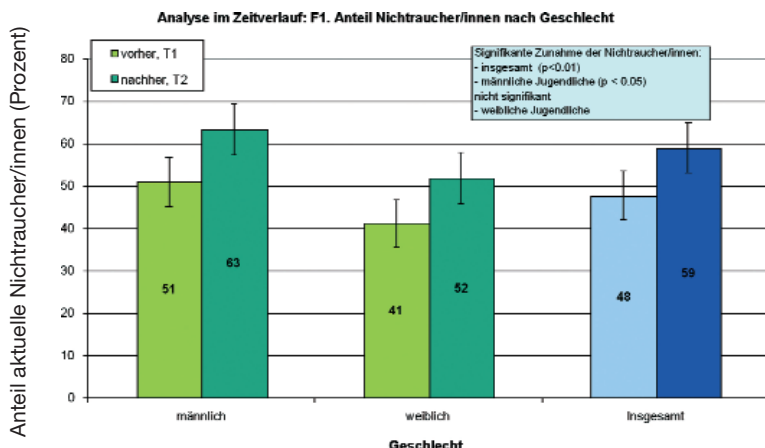
Bei beiden Geschlechtern konnte eine annähernd gleiche Zunahme der Nichtraucherinnen und Nichtraucher ermittelt werden (11 Prozentpunkte bei den Mädchen und jungen Frauen, 12 Prozentpunkte bei den männlichen Jugendlichen). Bedingt durch die größere Fallzahl ist jedoch nur die Veränderung bei den männlichen Jugendlichen statistisch signifikant.

Zu Grafik 15:

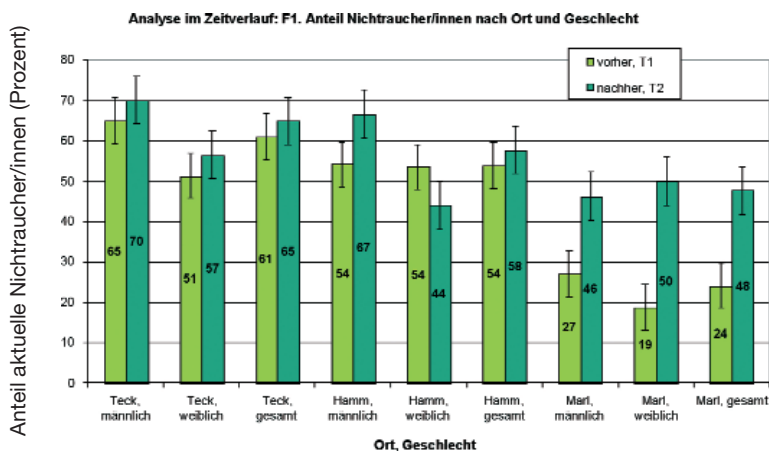
Wenn die Veränderung des Rauchstatus nach Ort und Geschlecht differenziert wird, ergeben sich einige interessante Einzelbefunde: In allen Teilstichproben ist der Nichtraucheranteil gestiegen – mit Ausnahme der weiblichen Jugendlichen in Hamm (T1: 15 von 28 waren Nichtraucherinnen; T2: 11 von 25 sind Nichtraucherinnen). In zwei Teilstichproben sind die Nichtraucher auch zum Zeitpunkt der Nachbefragung in der Minderheit: bei den bereits genannten weiblichen Jugendlichen in Hamm und den männlichen Jugendlichen in Marl (Nichtraucheranteil 46%).

ziert wird, ergeben sich einige interessante Einzelbefunde: In allen Teilstichproben ist der Nichtraucheranteil gestiegen – mit Ausnahme der weiblichen Jugendlichen in Hamm (T1: 15 von 28 waren Nichtraucherinnen; T2: 11 von 25 sind Nichtraucherinnen). In zwei Teilstichproben sind die Nichtraucher auch zum Zeitpunkt der Nachbefragung in der Minderheit: bei den bereits genannten weiblichen Jugendlichen in Hamm und den männlichen Jugendlichen in Marl (Nichtraucheranteil 46%).

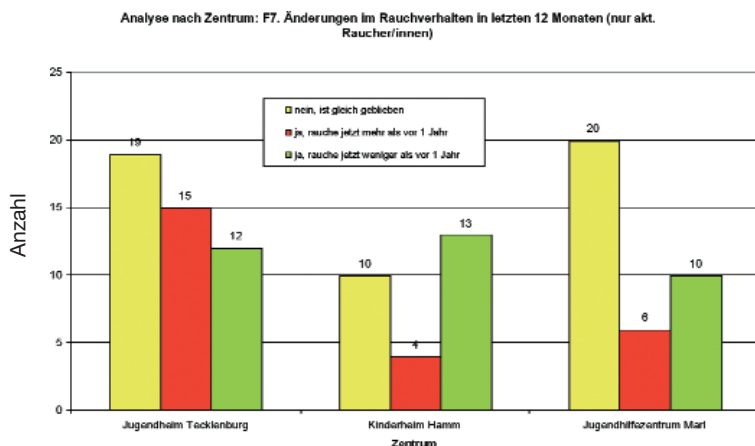
Grafik 14



Grafik 15



Grafik 16



Zu Grafik 16:

Neben der Abstinenz als wichtigstem Veränderungsziel stellt eine deutliche Konsumreduktion bei Jugendlichen einen erwähnenswerten Teilerfolg dar. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung ergab sich bei den drei Einrichtungen ein unterschiedliches Bild: In Hamm hatten 13 Jugendliche ihren Konsum während des letzten Jahres reduziert, und lediglich vier rauchten mehr. In Marl rauchten sechs Jugendliche mehr Zigaretten als vor einem Jahr, bei 10 Jugendlichen hatte sich der Konsum verringert. Lediglich in Tecklenburg war die Zahl derer, die ihren Konsum gesteigert hatten, größer als die Zahl derjenigen, die ihren Konsum verringerten.

15.5. Befragungen zum Rauchverhalten in den drei Jugendhilfseinrichtungen bei den Mitarbeitern/innen

Die Nachbefragung zum Rauchverhalten der Mitarbeiter/innen in den drei Einrichtungen konnte nach einer rechtzeitig gestarteten Abstimmung mit dem Gesamtpersonalrat des LWL fristgerecht fertig gestellt werden.

15.5.1. LWL-Jugendheim Tecklenburg

Insgesamt wurden 106 Mitarbeiter/innen befragt:

- 25 (23,6%) Männer
- 81 (76,4%) Frauen

Davon waren:

- 6 (5,6%) Gelegenheitsraucher/innen oder Zigarren- bzw. Pfeifenraucher/innen
- 36 (33,3%) Raucher/innen
- 42 (38,9%) Gelegenheitsraucher/innen oder Zigarren- bzw. Pfeifenraucher/innen und Raucher/innen
- 3 (2,8%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört

15 (35,7%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen wollten mit dem Rauchen aufhören (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“). 3 (7,1%) der rauchenden Mitarbeiter/innen wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

Bei dem Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, hatten 10% der Raucher/innen und Gelegenheitsraucher/innen Hilfen in Anspruch genommen.

24 der 42 rauchenden Mitarbeiter und somit 57,1% waren bereit, während der Dienstzeit auf das Rauchen zu verzichten (Bereitschaft „sehr groß“ oder „eher groß“).

6 (14,3%) waren dazu nicht bereit.

15.5.2. LWL-Jugendhilfezentrum Marl

Insgesamt wurden 51 Mitarbeiter/innen befragt:

- 22 (43,1%) Männer
- 29 (56,9%) Frauen

Davon waren:

- 5 (9,5%) Gelegenheitsraucher/innen oder Zigarren- bzw. Pfeifenraucher/innen
- 19 (35,8%) Raucher/innen
- 24 (45,3%) Gelegenheitsraucher/innen oder Zigarren- bzw. Pfeifenraucher/innen und Raucher/innen
- 5 (9,4%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört

9 (36%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen wollten mit dem Rauchen aufhören (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“).

3 (12%) der rauchenden Mitarbeiter/innen wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

Bei dem Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, hatten 5 und somit 20,8% der Raucher/innen und Gelegenheitsraucher/innen Hilfen in Anspruch genommen.

10 der 25¹³ rauchenden Mitarbeiter und somit 40% waren bereit, während der Dienstzeit auf das Rauchen zu verzichten (Bereitschaft „sehr groß“ oder „eher groß“).

2 (8%) waren dazu nicht bereit.

15.5.3. LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm

Insgesamt wurden 79 Mitarbeiter/innen befragt:

- 26 (32,9%) Männer
- 53 (67,1%) Frauen

Davon waren:

- 2 (2,6%) Gelegenheitsraucher/innen
- 26 (34,2%) Raucher/innen
- 28 (36,8%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen
- 2 (2,6%) hatten in den letzten 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört

17 (53,2%) Gelegenheitsraucher/innen und Raucher/innen wollten mit dem Rauchen aufhören (Aufhörwunsch „sehr groß“ oder „eher groß“). 9 (28,1%) der rauchenden Mitarbeiter/innen wollten auch in Zukunft nicht aufhören.

Bei dem Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, hatten 2 und somit ledig-

13 Unterschiedliche Zahlen sind durch widersprüchliche Angaben in den Fragebögen zu erklären

lich 6,3% der Raucher/innen und Gelegenheitsraucher/innen Hilfen in Anspruch genommen.

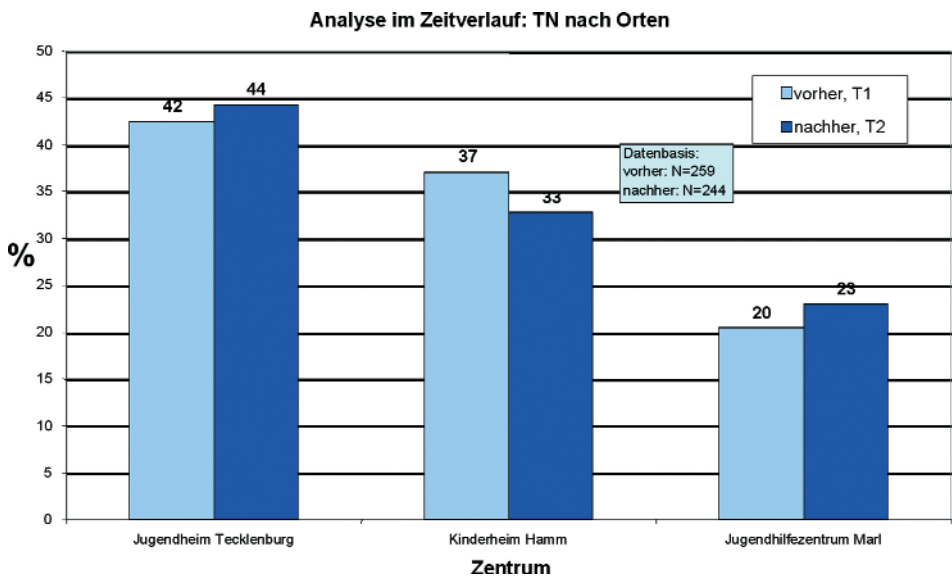
16 der 31¹⁴ rauchenden Mitarbeiter und somit 51,6% waren bereit, während der Dienstzeit auf das Rauchen zu verzichten (Bereitschaft „sehr groß“ oder „eher groß“).

4 (12,9%) waren dazu nicht bereit.

15.6. Analyse im Zeitverlauf – Mitarbeiter/innen

Im Folgenden werden auch für die Mitarbeiter/innen die Ergebnisse der Erstbefragung mit denen der Abschlussbefragung verglichen und die auffälligen Unterschiede herausgehoben.

Grafik 17



Zu Grafik 17:

Es gab zwischen den beiden Erhebungen unter den Einrichtungen nur leichte Verschiebungen der Teilnehmerzahlen. Zum Nachbefragungszeitraum kamen relativ weniger Mitarbeiter/innen aus Hamm, entsprechend relativ mehr aus Marl und Tecklenburg.

14 Auch hier sind unterschiedliche Zahlen durch widersprüchliche Angaben in den Fragebögen zu erklären.

Zu Grafik 18:

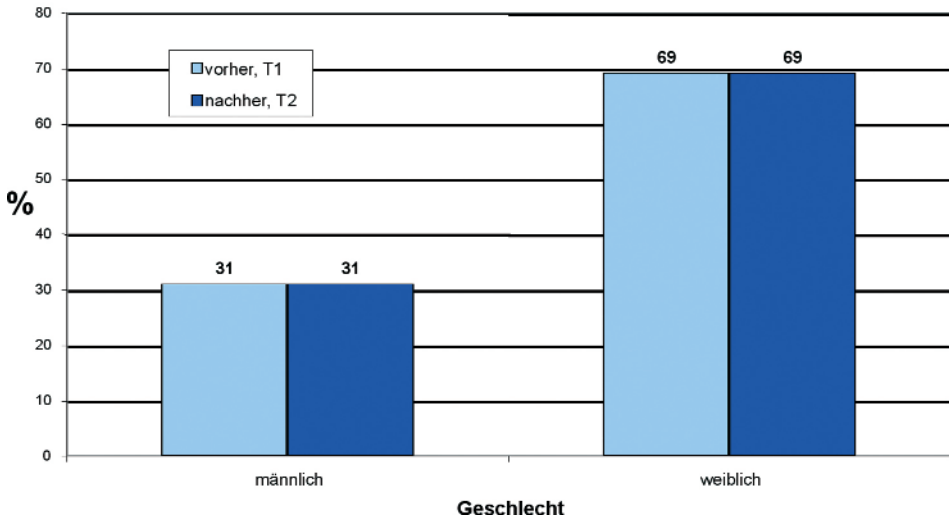
Das Geschlechterverhältnis hat sich im Zeitverlauf nicht geändert.

Zu Grafik 19:

Auch die Zugehörigkeit zu den einzelnen Altersgruppen hat sich kaum verändert.

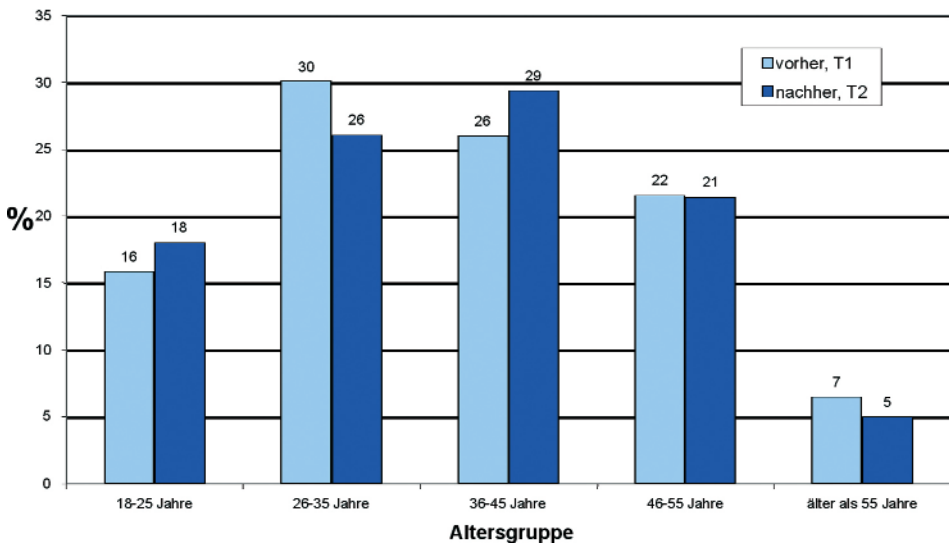
Grafik 18

Analyse im Zeitverlauf: TN nach Geschlecht

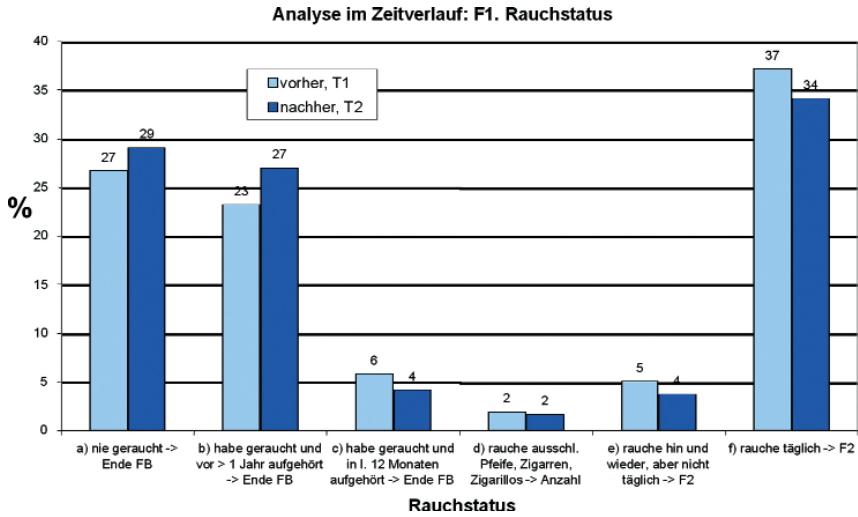


Grafik 19

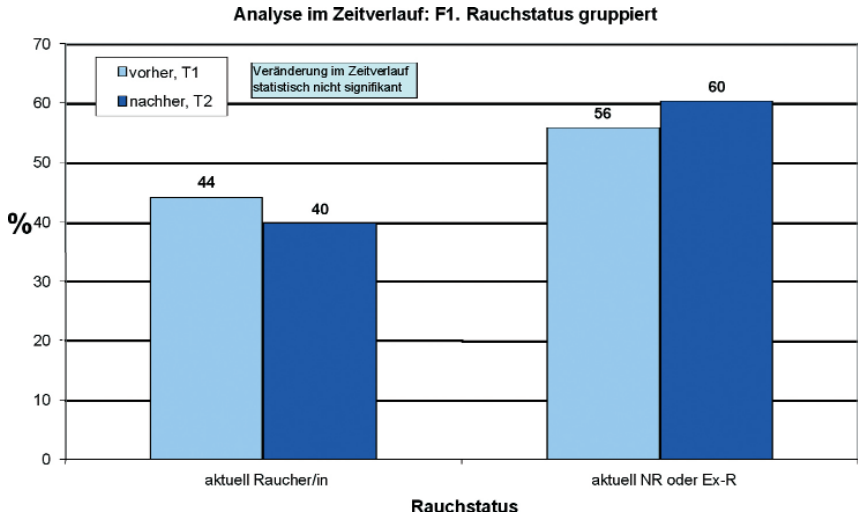
Analyse im Zeitverlauf: TN nach Altersgruppe



Grafik 20



Grafik 21



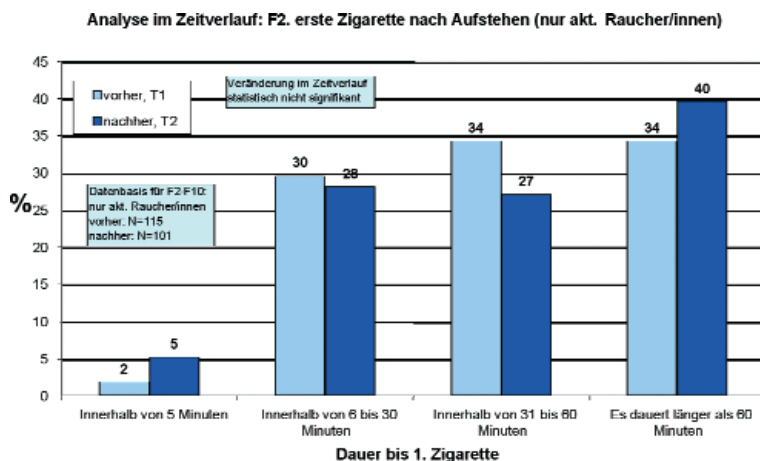
Zu Grafik 20:

Der Raucheranteil ist leicht von 44% auf 40% zurückgegangen (wenn Pfeifen-/Zigarrenraucher/innen mitgezählt werden). 6% der Raucher/innen haben im Jahr vor der Erstbefragung, 4% im Jahr vor der Nachbefragung aufgehört (wobei hier wahrscheinlich Überschneidungen zwischen diesen beiden Gruppen vorliegen).

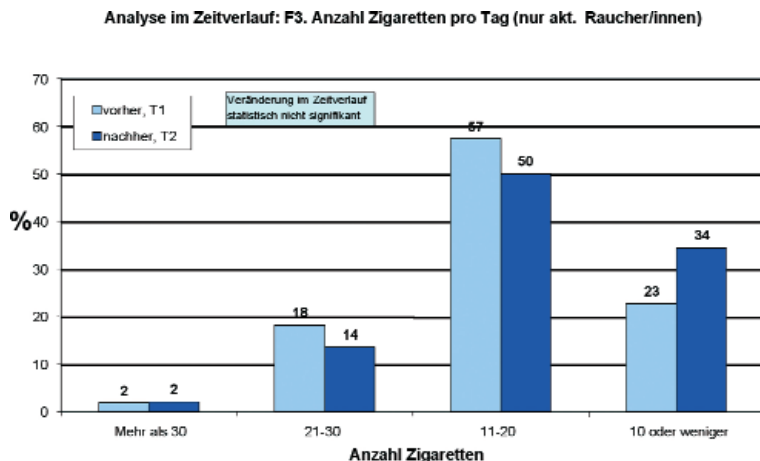
Zu Grafik 21:

Wenn nur zwei Ausprägungen des Rauchstatus betrachtet werden, wird ebenfalls deutlich, dass zwar ein Rückgang der Raucherquote erzielt werden konnte, der Raucheranteil mit 40% aber nach wie vor deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt.

Grafik 22



Grafik 23



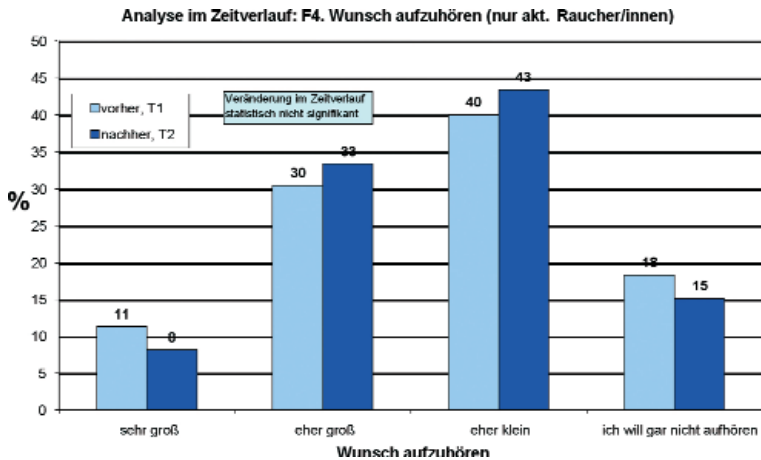
Zu Grafik 22:

Im Projektverlauf ergab sich keine bedeutsame Veränderung der Latenzzeit bis zur ersten Zigarette. Nach wie vor kann ein Drittel der Mitarbeiter/innen als hochgradig tabakabhängig gelten, da dieses Drittel morgens bereits innerhalb von 30 Minuten nach dem Aufwachen mit dem Rauchen beginnt.

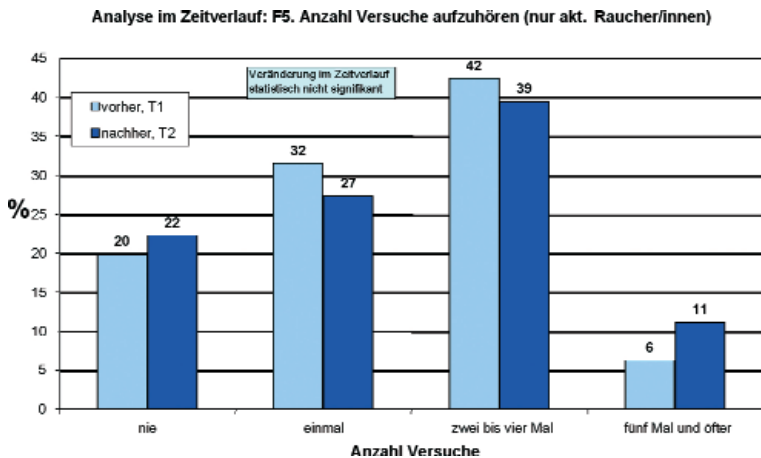
Zu Grafik 23:

Auch in Bezug auf die Menge täglich gerauchter Zigaretten gab es nur kleinere Veränderungen: Waren es bei der Erstbefragung knapp ein Viertel, die pro Tag 10 oder weniger Zigaretten rauchten, stieg der Anteil der Wenigraucher unter den Raucher/innen im Projektverlauf auf 34%. 16% der aktuellen Raucher betreiben mit mehr als 20 Zigaretten täglich einen starken Konsum, bei der Erstbefragung waren es noch 20%.

Grafik 24



Grafik 25



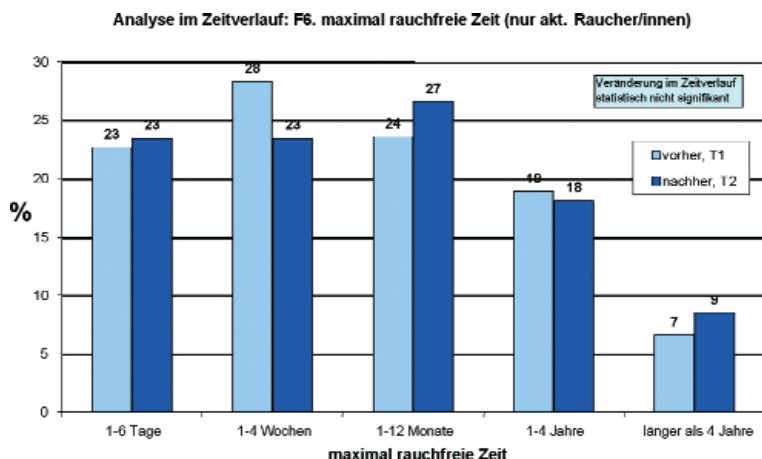
Zu Grafik 24:

Die Stärke des Aufhörwunsches variierte nur geringfügig zwischen den beiden Messzeitpunkten. Während des Projektverlaufs kam es also nicht zu einer insgesamt gesteigerten Ausstiegsmotivation.

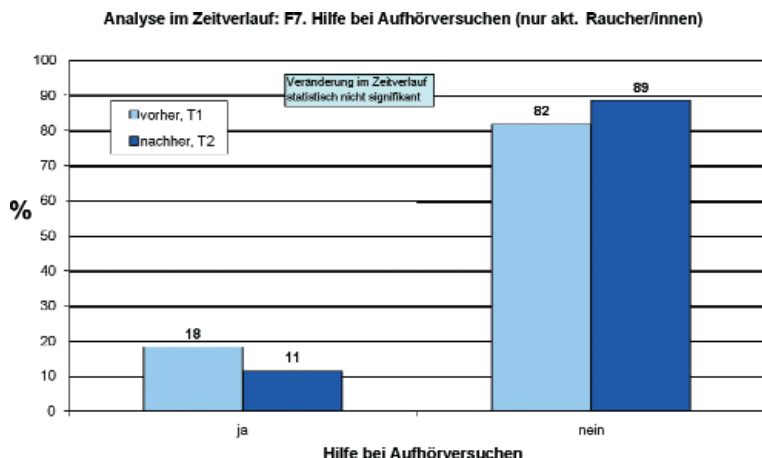
Zu Grafik 25:

Etwa 80% der Raucher/innen haben bereits mindestens einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. 50% gaben bei der Nachbefragung an, zwei oder mehrere Versuche unternommen zu haben. Erfolgreiche Versuche gelten nach ICD-10 als ein Kriterium der Nikotinabhängigkeit.

Grafik 26



Grafik 27



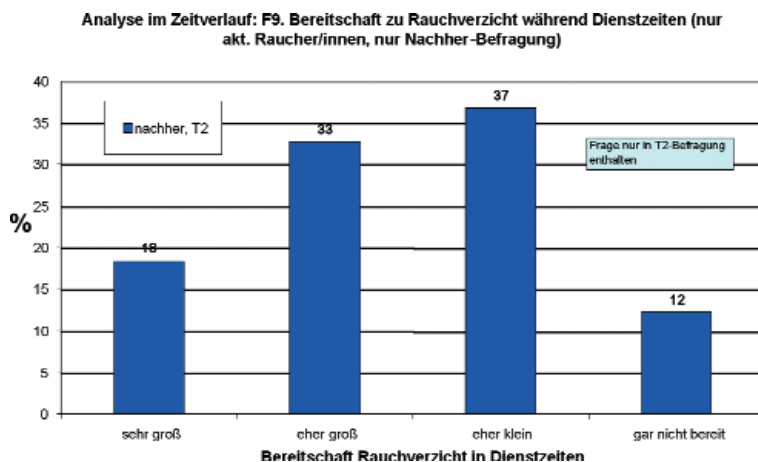
Zu Grafik 26:

Bei beiden Messzeitpunkten gaben über 50% der befragten rauchenden Mitarbeiter/innen an, Abstinenzphasen erzielt zu haben, die länger als einen Monat dauerten.

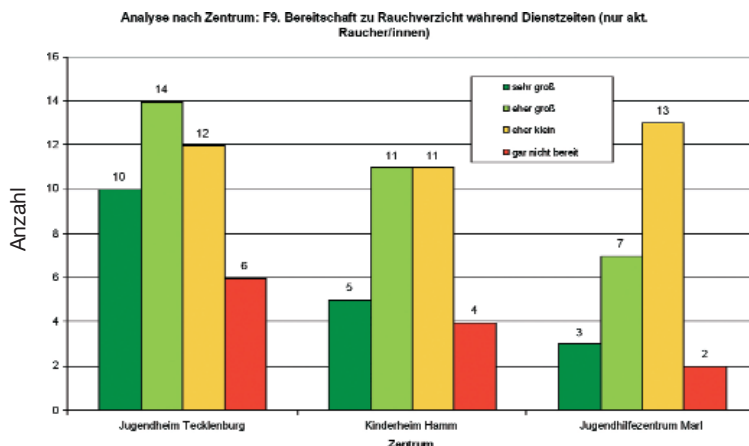
Zu Grafik 27:

Obwohl etwa 80% der Raucher/innen bei der Erst- und Nachbefragung bereits ohne Erfolg versucht hatten, mit dem Rauchen aufzuhören, wurden nur von einem kleinen Teil Hilfen in Anspruch genommen. Dieses Einzelergebnis sollte zum Anlass genommen werden, Ausstiegswilligen die Nützlichkeit professioneller Tabakentwöhnung – nämlich die im Vergleich zu einem Eigenversuch vielfach erhöhten Erfolgchancen – zu verdeutlichen.

Grafik 28



Grafik 29



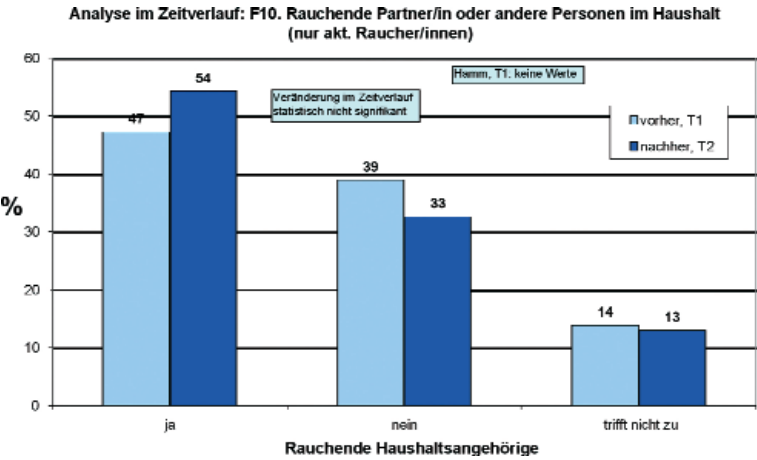
Zu Grafik 28:

Die Frage nach der Bereitschaft zum Rauchverzicht während der Dienstzeit wurde nur bei der Nachbefragung gestellt. Lediglich 12% gaben keinerlei Bereitschaft an. 51% zeigen eine große oder sehr große Bereitschaft.

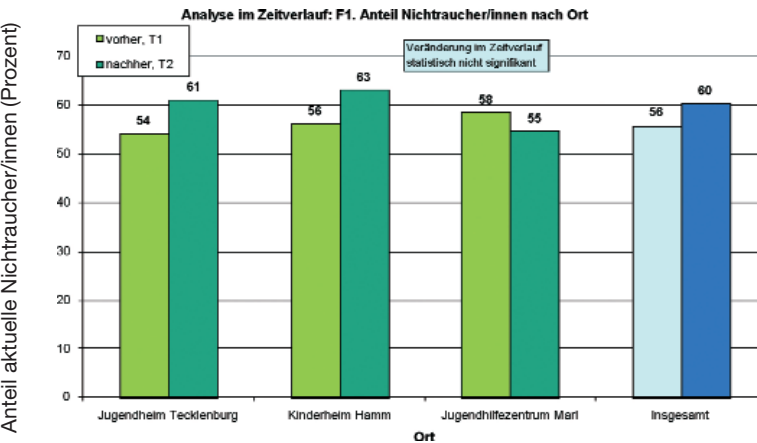
Zu Grafik 29:

Die Bereitschaft, während der Dienstzeiten auf das Rauchen zu verzichten, ist nicht in allen Zentren gleich ausgeprägt. Die größte Bereitschaft herrscht in Tecklenburg (57% geben sehr große oder große Bereitschaft an), während in Marl nur 40% sehr große oder große Bereitschaft signalisierten.

Grafik 30



Grafik 31



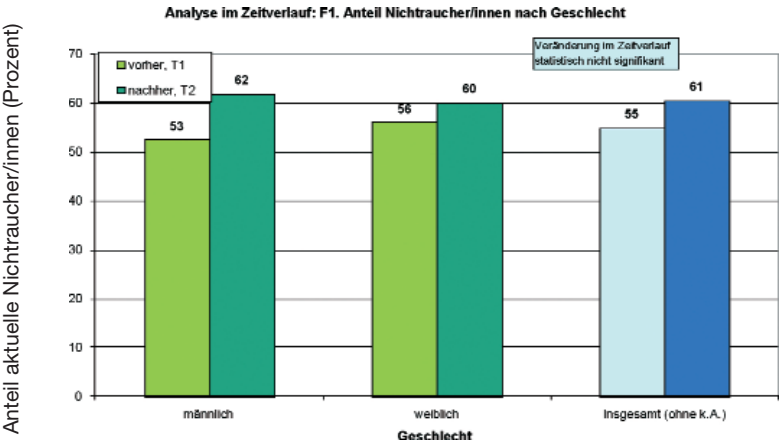
Zu Grafik 30:

Etwa jede/r zweite Mitarbeiter/in hat eine/n rauchende/n Partner/in oder lebt mit anderen Raucher/innen im selben Haushalt. Dies stellt einen Risikofaktor für Ausstiegsversuche dar und sollte bei der Planung professioneller Hilfsangebote berücksichtigt werden.

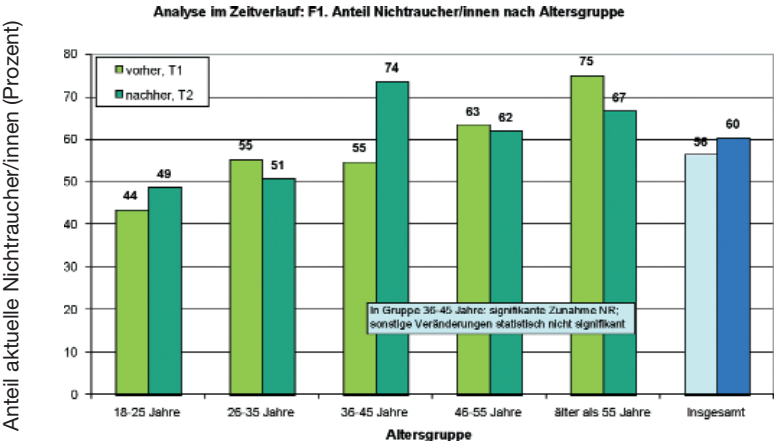
Zu Grafik 31:

Der Anteil der nichtrauchenden Mitarbeiter/innen ist insgesamt und in zwei der drei Einrichtungen im Projektverlauf größer geworden. In Tecklenburg und Hamm ging die Raucherquote um 7 bzw. 6 Prozentpunkte zurück, während sie in Marl um 3 Prozentpunkte anstieg.

Grafik 32



Grafik 33



Zu Grafik 32:

Der Anteil der männlichen Nichtraucher ist etwas stärker gewachsen (9 Prozentpunkte) als der der weiblichen Nichtraucherinnen (4 Prozentpunkte), wobei der Unterschied nicht signifikant ausfällt.

Zu Grafik 33:

Wenn die Veränderungen im Rauchverhalten in den verschiedenen Altersgruppen betrachtet werden, fällt auf, dass es einen mit 19 Prozentpunkten deutlichen und statistisch signifikanten Rückgang der Raucherquote in der Altersgruppe der 36- bis 45-Jährigen gab. In den jüngeren Altersgruppen liegt der Raucheranteil zum Zeitpunkt der Nachbefragung bei 50%. Aber auch in den älteren Altersgruppen liegt der Raucheranteil über dem Bundesdurchschnitt.

16. Basiserhebung und Nachbefragung bei den Leitern und Stellvertretern/innen bezüglich „Rauchfrei-Politik“

16.1. Ergebnisse der Erst- und Nachbefragung

Die Auswertung aller Fragebögen der Erst- und Nachbefragung ergab folgendes:

Es liegen vier Fragebögen aus der Erstbefragung und fünf aus der Nachbefragung vor. Bei beiden Befragungen wurde von allen Befragten angegeben, dass die Hausordnung Regelungen enthält, die das Rauchen einschränken oder verbieten. Bei der Nachbefragung gaben alle fünf Befragten an, dass in den letzten 12 Monaten Regelungen zum Rauchen aufgestellt oder verändert wurden; bei der Erstbefragung war dies noch von drei Leitern/innen bzw. Stellvertretern/innen verneint worden.

Ein absolutes Rauchverbot für Kinder und Jugendliche im Gebäude und auf dem Gelände wurde bei der Nachbefragung nur einmal bestätigt, gleiches gilt in Bezug auf ein Rauchverbot für Mitarbeiter/innen.

Verstöße gegen die Regeln werden zum Projektende deutlich konsequenter thematisiert als bei der Erstbefragung.

Im Projektverlauf wurden Hinweisschilder angebracht, die auf Rauchverbote aufmerksam machen. Bei der Erstbefragung gab es solche Hinweise noch nicht.

Die Einhaltung der Rauchverbote durch Kinder und Jugendliche hat sich nach Ansicht der Leiter/innen und Stellvertre-

ter/innen von der Erstbefragung zur Nachbefragung etwas gebessert, bei den Mitarbeitern/innen sogar deutlich gebessert.

Der Bekanntheitsgrad der Regelungen zum Nichtrauchen in den Einrichtungen hat sich ebenfalls gebessert, während bezüglich der Akzeptanz der bestehenden Regelungen weder bei den Kindern und Jugendlichen noch den Mitarbeitern/innen eine positive Veränderung zu beobachten ist.

Persönlich bewerteten die Befragten selbst die bestehenden Regelungen in den jeweiligen Einrichtungen durchweg als sehr sinnvoll.

Tabakentwöhnungsmaßnahmen für rauchende Mitarbeiter/innen oder rauchende Kinder und Jugendliche wurden jedoch nicht erheblich häufiger angeboten als zu Projektbeginn. Hierin liegt wohl auch das größte Verbesserungspotenzial des Projektes. Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang auch, dass – wie bereits weiter vorn bemerkt – entsprechende Multiplikatorenschulungen durchgeführt worden sind, Angebote für Ausstiegshilfen in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen aber nicht in ausreichender Form vorgehalten wurden (s. hierzu auch Punkt 19).

Bei der Nachbefragung wurde deutlich gemacht, dass Mitarbeiter/innen an Fortbildungen zum Thema Rauchen/Tabakentwöhnung teilgenommen haben. Dies war bei der Erstbefragung nicht der Fall gewesen.

Es gab bei der Nachbefragung von vier Leitern/innen die klare Zustimmung, dass Rauchen konsequenter geregelt

sein sollte. Ebenso herrschte einstimmiger Konsens, dass die Einrichtungen komplett „rauchfrei“ werden sollten. Ein Recht rauchender Mitarbeiter/innen, während der Arbeitszeit zu rauchen, wurde mehrheitlich verneint, wohingegen dieses Recht in Bezug auf rauchende Jugendliche kontrovers eingeschätzt wird.

Auf keinem Einrichtungsgelände wurde für Tabakwaren geworben oder wurden Tabakwaren verkauft. Dafür sind Tabakwaren überall in direkter Umgebung des Geländes (weniger als 500 m entfernt) erhältlich.

17. Implementierung von „Rauchfrei-Politik“ und Regelwerken in den drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen auf der verhaltens- und verhältnispräventiven Ebene

17.1. LWL-Jugendheim Tecklenburg

17.1.1. Implementierte Grundstrukturen der „Rauchfrei-Politik“

Im Vorfeld der Diskussionen um die Implementierung des Projektes „JaN“ im LWL-Jugendheim Tecklenburg wurde vom Leiter der Einrichtung verstärkt thematisiert, dass die seinerzeit in der Einrichtung herrschende Praxis des Umgangs mit Rauchen, Tabakwaren etc. unvereinbar mit einer gesundheitsbewussten Erziehung von Kindern und Jugendlichen war. In den meisten Dienstzimmern wurde geraucht, verbindlich war die Rauchfreiheit nur bei Konferenzen. Üblich war auch, dass Mitarbei-

ter/innen, Eltern etc. bei Hilfeplangesprächen oder sonstigen offiziellen Terminen in der Einrichtung rauchten.

Wenn hier von „Einrichtung“ gesprochen wird, so ist vornehmlich der stationäre Bereich gemeint. Der teilstationäre Bereich (Tagesgruppen) sowie die ambulant arbeitenden Einrichtungsteile hatten in dieser Diskussion wenig Bedeutung.

Aufgrund der Beobachtungen und Erfahrungen im stationären Bereich erließ die Leitung eine Dienstanweisung mit Datum vom 29.6.2005, in der das Rauchen innerhalb der Gebäude der Einrichtung untersagt wurde. Diese Dienstanweisung fand weitestgehende Unterstützung der Mitarbeiter/innen, so dass davon ausgegangen werden konnte, dass mit einer leichten zeitlichen Verzögerung das Rauchen in den Gebäuden der Jugendhilfeeinrichtung weitestgehend beendet werden würde.

Rauchen konnten die Mitarbeiter/innen auf den Balkonen, Terrassen oder in den Gartenanlagen des jeweiligen Gebäudes. Diese Möglichkeiten wurden genutzt, häufig auch zusammen mit älteren Jugendlichen. Unstrittig war das Rauchverbot für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren.

Die Diskussionen – angestoßen durch das „JaN“-Projekt – in Konferenzen und Teamsitzungen über die Funktion des Rauchens bzw. über die Vorbildfunktion des/der Erziehers/in führte zu Kontroversen zwischen Mitarbeitern/innen.

Der Leiter der Einrichtung stellte sich in seiner Dienstanweisung vom 16.8.2006 eindeutig auf die Seite der Mitarbeiter/innen, die das Rauchen vor den Kindern für unvereinbar mit ihrer Vorbildfunktion hielten. Er untersagte

das Rauchen nicht nur in den Gebäuden der Einrichtung, sondern auch auf dem zu den Gebäuden gehörenden Gelände.

Diese konsequente Dienstanweisung führte zur Aufgabe letzter „Rauchnischen“ innerhalb der Gebäude (z.B. Rauchen bei Elterngesprächen in den Dienstzimmern). Jugendliche, die auf dem Gelände geraucht hatten, wurden aufgefordert, das Rauchen sofort einzustellen oder mit ihrer Zigarette das Gelände zu verlassen. Rauchende Mitarbeiter/innen taten sich in der Regel schwer damit, zum Rauchen vom Gelände zu gehen.

Aus dieser Situation kam es auch zu einer Eingabe beim Personalrat, die sich auf die bestehende Dienstvereinbarung im LWL zum Suchtmittelkonsum bezog. Der Personalrat der Einrichtung forderte daraufhin den Leiter zur Zurücknahme der Dienstanweisung auf.

Der Gesamtpersonalrat forderte den Leiter des LWL-Jugendheims Tecklenburg mit Schreiben vom 20.9.2006 ebenfalls auf, seine Dienstanweisung zu widerrufen, da sie der bestehenden Dienstvereinbarung, die zwischen dem LWL-Direktor und dem Gesamtpersonalrat geschlossen worden war, widerspricht.

Mit gleichem Schreiben wurde mitgeteilt, dass der LWL-Direktor die im März 2006 mit dem Gesamtpersonalrat geschlossene Dienstvereinbarung Sucht kündigen werde, um in Verhandlungen die Belange der Jugendhilfe in einer neuen Dienstvereinbarung zu implementieren.

In der Bewertung dieses Prozesses muss festgestellt werden, dass das Anliegen des „JaN“-Projektes durch Auf-

fassungsunterschiede zwischen dem Leiter des LWL-Jugendheims Tecklenburg und dem Gesamtpersonalrat in den Hintergrund gerückt war. Rauchende Mitarbeiter/innen blockierten die weiterführende pädagogische Diskussion mit dem Hinweis auf die nicht vorhandene Grundlage einer neuen Dienstvereinbarung.

Positiv kann beschrieben werden, dass die Regelung, Rauchfreiheit in den Wohnungen und Gebäuden der Einrichtung herzustellen, unstrittig und vollständig erreicht werden konnte. Diese Norm ist so weitreichend, dass auch Jugendliche, die in den vom Jugendhilfezentrum angemieteten Wohnungen leben, ihre Wohnungen rauchfrei halten müssen, und dass dieses auch kontrolliert wird.

17.1.2. Maßnahmen im Bereich der Prävention, z.B. Gesundheitserziehung

Durch die Diskussionen und Meinungsverschiedenheiten zwischen einzelnen Mitarbeitern/innen, dem Personalrat und dem Leiter der Einrichtung war es schwierig, Arbeitsgruppen zur pädagogischen Weiterentwicklung des Themas Rauchen/Nichtrauchen zu generieren. Stattdessen wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich intensiv mit der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen auseinander setzte. Hier haben sich Mitarbeiter/innen zusammengefunden, die ein Interesse an Bewegung und gesunder Ernährung haben.

Um Kinder und Jugendliche zu Bewegung und gesunder Lebensweise zu animieren, wurden Aktionen geplant. Z.B. wurde in Osnabrück das Gelände des ehemaligen Steinbruchs Piesberg erworben. Im Prinzip war es Zufall, dass

auch Familien, die ambulant betreut werden, an dieser Aktion teilnehmen. Die Veranstaltung war mit 140 Teilnehmern/innen ein Riesenerfolg. Sie hat allgemein neue Impulse auch für die Elternarbeit erbracht und hatte Modellcharakter für weitere Veranstaltungen.

Ohne ideologische Überfrachtung sollen Jung und Alt Freude an der Bewegung haben und neue freizeitpädagogische Erfahrungen machen.

Beispielhaft für weitere Veranstaltungen sind Kickerturniere für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern, aber auch für betreute Familien zu nennen.

Im Juli 2007 wurde eine Ferienspaßaktion im Barfußpark in Lienen gestaltet. Für das Winterhalbjahr 2007 sind Aktionen mit gesunder Ernährung in Vorbereitung. So soll indirekt ein Beitrag gegen süchtiges Verhalten geleistet werden.

17.1.3. Ausstiegshilfen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Kinder und Jugendliche

Die Hartnäckigkeit der Sucht Rauchen bei Mitarbeitern/innen und Jugendlichen ist unterschätzt worden. Angebotene Ausstiegshilfen sind nur von wenigen Mitarbeitern/innen genutzt worden.

Es ist im weiteren Verlauf von großer Bedeutung, dass in den drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen regelmäßig Ausstiegshilfen für Mitarbeiter/innen angeboten werden, die federführend über die LWL-Suchtberatung organisiert werden könnten. Dabei erscheint es notwendig, nicht einseitig auf eher

hochschwellige Gruppenprogramme zu setzen, sondern die unterschiedlichen Formate professioneller Tabakentwöhnung zu nutzen. Dazu zählen die Angebote zur telefonischen Raucherberatung, interaktive und nichtinteraktive Selbsthilfemaßnahmen und die Möglichkeit ärztlicher Kurzintervention durch den Betriebsärztlichen Dienst. Eine Übersicht empfehlenswerter Programme findet sich im Anhang.

Für Jugendliche ist kein Kurs zustande gekommen. Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, dass Tabakentwöhnungsmaßnahmen für Jugendliche einen langen Atem auf Seiten der Anbieter erfordern. Die Akzeptanz kann möglicherweise durch die Nutzung von günstigen Zeitfenstern erhöht werden, und die bevorstehende Einführung des Landesnichtraucherschutzgesetzes sollte auch die Motivation für professionelle Tabakentwöhnungsangebote befördern.

Nach der Multiplikatorenschulung „Curriculum Anti-Rauchkurs“ sollte das Angebot in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen an Ausstiegshilfen für Kinder und Jugendliche forciert angeboten werden. Auch hier gilt die Empfehlung, nicht ausschließlich auf Gruppenangebote zu setzen, sondern unterschiedliche Formate bereitzuhalten.¹⁵ Hier sind in erster Linie die Selbsthilfematerialien der BZgA, die interaktiven Selbsthilfeprogramme im Internet (BZgA und IFT Nord) und die medizinischen Einrichtungen (Ansprache bei Vorsorge- oder Reihenuntersuchungen) zu nennen. Zusätzlich sollten spezifische Informationsveranstaltungen (ähnlich wie bei den „Info-Tagen“) zu Tabakabhängig-

15 Siehe Anhang

keit, Passivrauch und Tabakentwöhnung durchgeführt werden.

17.1.4. Regeln im Umgang mit der „Rauchfrei-Politik“ und eingesetzte Controlling-Instrumente

Wenn es auch nicht gelungen war, innerhalb der Mitarbeiter/innen eine einheitliche Anti-Raucher-Haltung zu erzeugen, wurde das Instrument des Kinderparlamentes intensiv genutzt, um für die „Rauchfreipolitik“ der Einrichtung zu werben. Damit würden über die Gruppensprecher/innen das Thema Rauchen sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für die Mitarbeiter/innen in den Gruppen weiter bewegt und die verabredeten Regeln und ihre Durchsetzung thematisiert. Dies war neben der Thematisierung in Zielvereinbarungen, Ansprache in Konferenzen ein wesentliches Instrument der Leitung.

17.1.5. Ergebnisse im Projekt „JaN“ aus Sicht der Einrichtung

Die Durchführung des „JaN“-Projektes fiel zeitlich mit der beginnenden gesellschaftlichen Diskussion über allgemeine Rauchverbote in öffentlichen Räumen (Gaststätten etc.) zusammen. Dies hat die verschärfte Implementierung von Anti-Raucher-Regeln vereinfacht. Erschwerend war neben der Situation in der Diskussion mit dem Personalrat, dass leitende Mitarbeiter/innen weiter rauchten und somit Nichtrauchen (Sucht) nicht zu einem breiteren Thema der Pädagogik wurde.

Dieser Umstand machte deutlich, dass gerade bei der Einschränkung von Sucht eine Top-down-Strategie unabdingbar ist. Die Mitbestimmung des Süchtigen bzgl. der Strukturbedingungen

seiner Suchtausübung ist hier kontraproduktiv.

In der Einrichtung ist diese Sichtweise durchaus kontrovers diskutiert worden. Es gab etliche Mitarbeiter/innen, die eher für die Mitnahme auch der letzten Kritiker des Rauchverbotes waren, als sie durch ein Verbot zu verprellen.

Bisher ist in der gesellschaftlichen Diskussion die Rolle der professionellen Erzieher in Schule, Kindergarten, Heim etc. und ihre Verantwortung für die zukünftige Lebensgestaltung und Sichtweisen von Kindern und Jugendlichen zu wenig beleuchtet worden.

Kinder und Jugendliche wachsen in öffentlicher Verantwortung auf, die Öffentlichkeit bezahlt Fachleute für die Durchführung dieses Erziehungsauftrags. Diejenigen Verantwortlichen, die diesen Auftrag im Sinne einer Vorbildfunktion zu erfüllen haben, nehmen diese Funktion aber nur begrenzt wahr.

Änderungen scheinen in Sicht, wobei darauf geachtet werden muss, dass die sogenannten Rechte der Mitarbeiter/innen nicht über die legitimen Interessen der zu Betreuenden gestellt werden.

17.2. LWL-Jugendhilfezentrum Marl

17.2.1. Implementierte Grundstrukturen der „Rauchfrei-Politik“

„Rauchfrei-Politik“ und der Umgang mit dieser Thematik wurden von Beginn an im LWL-Jugendhilfezentrum Marl als Teil der Gesundheitserziehung und damit als pädagogischer Auftrag gewertet. Ziel des Projektes aus Sicht der Einrichtung war es daher:

- ein Umfeld für Kinder und Jugendliche zu schaffen, das rauchfrei ist

bzw. bereits rauchenden Kindern und Jugendlichen Ausstiegshilfen bietet;

- rauchende Mitarbeiter/innen im direkten Lebensumfeld der betreuten Kinder und Jugendlichen nicht mehr zu tolerieren, um nachweisliche Gesundheitsschäden durch Passivrauchen einzudämmen und die Kinder und Jugendlichen im Sinne des Jugendschutzgesetzes zu schützen. Hinzu kommt die negative Vorbildfunktion durch rauchende Mitarbeiter/innen (s. auch Punkt 2).

Diese Grundüberzeugung der Einrichtungsleitung wurde auf allen Gesprächsebenen der Einrichtung diskutiert mit dem Ziel, die eigene Haltung zu dieser Thematik zu überprüfen bzw., falls erforderlich, neu zu definieren. Die Ergebnisse dieses Diskussionsprozesses sind in die Konzeptionen der Gruppen und Arbeitsbereiche eingeflossen und wurden somit zum verbindlichen pädagogischen Handlungsrahmen für die Mitarbeiter/innen.

Jede Konzeption des LWL-Jugendhilfezentrums Marl verfügt inzwischen über eine klare Positionierung und konkrete Regelung zum Thema Rauchen. Dies gilt ebenso für das Rahmenkonzept der Gesamteinrichtung.

17.2.2. Maßnahmen im Bereich der Prävention, z.B. Gesundheitserziehung

Der Bereich „Gesundheitserziehung“ besaß als Teil des pädagogischen Gesamtauftrages in der Wahrnehmung der Mitarbeiter/innen eine eher nachrangige Bedeutung. Zum Teil nachvollziehbar, liegt der Fokus ganz wesentlich bei der Bearbeitung psychosozialer

Aspekte im Rahmen der Alltagsbewältigung und Sozialisierung. Das Projekt „JaN“ hat zunächst einmal für den Bereich „Gesundheitserziehung“ sensibilisiert, so dass die Teams aktuell damit befasst waren, konkrete Maßnahmen in Bezug auf das Thema „Gesundheitserziehung“ insgesamt und auch speziell bezüglich des Themas Rauchen zu entwickeln, quasi als Umsetzung des in den Konzeptionen festgeschriebenen Auftrages.

17.2.3. Ausstiegshilfen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Es wurden keine Ausstiegshilfen in Form von Kursen für Mitarbeiter/innen seitens der Einrichtung angeboten bzw. die Beschäftigten konnten nicht zur Teilnahme an Kursen motiviert werden.

17.2.4. Ausstiegshilfen für Kinder und Jugendliche

Entsprechend dem Konzept „Curriculum Anti-Rauchkurs“ (Rakete, Gerd) wurden mehrere Mitarbeiter/innen qualifiziert, um in der Einrichtung „Rauchfrei-Kurse“ mit Jugendlichen durchzuführen. In Marl wurde Anfang 2007 der erste Kurs für Jugendliche durchgeführt.

17.2.5. Regeln im Umgang mit „Rauchfrei-Politik“ und eingesetzte Controllinginstrumente

Das Rauchen ist mittlerweile in allen Gebäuden des LWL-Jugendhilfezentrums Marl untersagt. Dies gilt für Mitarbeiter/innen wie auch für Kinder und Jugendliche.

Die Einrichtungsleitung erwartet von allen Mitarbeitern/innen, während ihres Dienstes nicht zu rauchen, d.h. auch im Außenbereich sowie im Umfeld der Jugendlichen.

Regelverstöße von Mitarbeitern/innen sind dienstliche Verstöße und werden entsprechend thematisiert. Auf Regelverstöße von Kindern und Jugendlichen wird individuell – wie bei Regelverstößen grundsätzlich – reagiert.

17.2.6. Ergebnisse im Projekt „JaN“ aus Sicht der Einrichtung

- Das Projekt hat Mitarbeiter/innen sensibilisiert.
- Das LWL-Jugendhilfezentrum Marl ist eine rauchfreie Jugendhilfeeinrichtung.
- Bereits die Ankündigung und der Start von „JaN“ haben einige Mitarbeiter/innen bewogen, den ernsthaften Versuch zu unternehmen, mit dem Rauchen aufzuhören.
- „Rauchfrei-Politik“ als Segment von „Gesundheitserziehung“ ist expliziter Teil des pädagogischen Auftrages und findet sich konzeptionell verankert wieder.
- Die Auseinandersetzung mit der Thematik hat zu einer hohen Akzeptanz und Einsicht bezüglich der Regelungen zur Rauchfreiheit innerhalb des LWL-Jugendhilfezentrums Marl geführt, wenngleich bei einigen starken Raucher/innen weiterhin Widerstand besteht, dem durch eindeutige dienstliche Vorschriften zu begegnen ist (vgl. „Dienstvereinbarung Sucht/Nichtraucherschutz“).
- Das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in der Einrichtung

hat sich (bislang) nach eigener Wahrnehmung nicht verändert. Dieses kann u.a. auch mit der Fluktuation bei den Kindern und Jugendlichen zusammenhängen.

- Diese Beobachtung wird allerdings durch die Auswertung der beiden Befragungen nicht gedeckt; dort konnte sowohl für die weiblichen als auch für die männlichen Jugendlichen ein deutlicher und statistisch hochsignifikanter Rückgang des Raucheranteils errechnet werden.
- Auch dass immerhin 16 Kinder und Jugendliche angaben, entweder im letzten Jahr (N=6) oder bereits davor (N=10) aufgehört zu haben, spricht für eine zumindest zeitlich in die Projektphase fallende Veränderung auf Seiten der Kinder und Jugendlichen. Dieser Rückgang kann nicht vollständig durch Fluktuation bei diesen erklärt werden.
- Auffallend ist ferner, dass es nur bei den Jugendlichen eine positive Veränderung gab. Bei den Mitarbeitern/innen ist der Raucheranteil sogar leicht gestiegen, und die Bereitschaft, während der Dienstzeit auf das Rauchen zu verzichten, ist in Marl deutlich geringer als in Tecklenburg und etwas geringer als in Hamm.

17.3. LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm

17.3.1. Implementierte Grundstrukturen der „Rauchfrei-Politik“

- Grundsätzlich wurde in den Teamleitersitzungen festgestellt, dass die allgemeine gesellschaftliche Einstellung zum Rauchen in den vergange-

nen Jahren eine positive Veränderung erfahren hat. So war auch vor dem Projekt „JaN“ schon festzustellen, dass es keineswegs „normal“ war, in allen Lebens- und Arbeitsbereichen des LWL-Heilpädagogischen Kinderheims zu rauchen.

- In den Teamleiterrunden und den darauf folgenden Teamsitzungen der einzelnen Wohngruppen und Zentren wurde das Projekt „JaN“ zum Thema gemacht. In diesem Zusammenhang wurde klar festgelegt, dass in den Räumlichkeiten des LWL-Heilpädagogischen Kinderheims nicht mehr geraucht wird. Dies geschah einvernehmlich und ohne erwartete Schwierigkeiten. Die damit verbundene Informationspolitik orientierte sich an der pädagogischen Verantwortung gegenüber den rauchenden und nichtrauchenden Kindern und Jugendlichen. Hier wurde selbst bei den „Hardlinern“ eine erstaunliche Akzeptanz festgestellt.

17.3.2. Maßnahmen im Bereich der Prävention, z.B. „Gesundheitserziehung“

- Eine Mitarbeiterin der Einrichtung wird im Fernstudium an der Akademie für ganzheitliche Lebens- und Heilweisen zur Gesundheitsberaterin ausgebildet.
- Nach Abschluss des „JaN“-Projektes und unter Einbeziehung und Auswertung aller Inhalte dieses Projektes wird es ein Treffen der genannten Fachkräfte geben.
- Geplant sind weitere Aktionen (sportliche Veranstaltungen, Ernährungsberatung), bei denen das Thema Rauchen/Nichtrauchen immer eine Rolle spielt.

17.3.3. Ausstiegshilfen

- Vier Mitarbeiter/innen der Einrichtung haben an der Multiplikatorenschulung „Curriculum Anti-Rauchkurs“ teilgenommen und bieten sich innerhalb der Gesamteinrichtung als Ansprechpartner/innen für „Aussteiger“ an. Hier wird es einen Aushang in den einzelnen Einrichtungen geben, der die Hilfen konkret anbietet und externe Kontakte (Beratungsstellen) ausweist. Inhaltlich werden Mitarbeiter/innen und Klienten/innen angesprochen.
- Das „Curriculum Anti-Rauchkurs“ setzt neben den Entwöhnungsangeboten in großem Maß auf ein Kontrollinstrument bei Verstößen gegen Rauchverbote in bestimmten Bereichen. In der dezentral gestalteten Jugendhilfeeinrichtung wird angestrebt, Kindern und Jugendlichen aus den verschiedenen Einrichtungen ein Kursangebot zu machen und ihnen auf diesem Wege mit der Rauchproblematik zu begegnen. Inhaltlich kann dieses Kursmodell dazu dienen, Informationsveranstaltungen in den einzelnen Bereichen durchzuführen (hoher Erkenntniswert) und einzelnen Kindern und Jugendlichen sowie Mitarbeitern/innen Ausstiegsmöglichkeiten zu eröffnen.

17.3.4. Regeln im Umgang mit „Rauchfrei-Politik“ und eingesetzte Controlling-Instrumente

- Das Rauchverbot in den Einrichtungen ist eine Dienstanweisung der Einrichtungsleitung. Die Mitarbeiter/innen sind aufgefordert, Regelverstöße mit pädagogischen Mitteln zu thematisieren (positive Einflussnahme, Informationsarbeit).

- Die Mitarbeiter/innen kennen die Ansprechpartner/innen rund um das Thema „Rauchfrei-Politik“ in der Einrichtung. Hier werden konkret Beratung, umfassende Informationen und Materialien angeboten.

Die Regeln über das Nichtrauchen auf dem Einrichtungsgelände sind klar definiert und werden untermauert durch die am 1. Oktober 2007 in Kraft getretene „Vereinbarung zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL).“

17.3.5. Ergebnisse im Projekt „JaN“ aus Sicht der Einrichtung

- In den einzelnen Bereichen wird das Thema mit neuen Inhalten diskutiert und nach Möglichkeiten gesucht, Nichtraucher/innen zu schützen. Auch die Frage, wo noch geraucht werden darf, ist ein wichtiges Thema. Hier wird es einrichtungsspezifisch nur angepasste Lösungen geben können. So ist es z.B. auch unter pädagogischen Aspekten manchmal schwierig, Jugendliche zum Rauchen „vom Gelände“ zu schicken.
- Der Aspekt der „Gesundheitsberatung“ wird in der Einrichtung einen neuen Stellenwert bekommen. Der Gesundheitsberater kann mit präventiven und aufklärenden Gesprächen die Kinder und Jugendlichen, aber auch alle Mitarbeiter/innen der Einrichtung für eine gesundheitliche Lebensführung interessieren. Hier wird es neben dem Umgang mit Süchten auch um Ernährung, Bewegung und Hygiene gehen.
- Das Thema Rauchen wird die tägliche pädagogische Arbeit weiter begleiten, doch grundsätzlich einen an-

deren Wert erhalten, der geprägt wird durch den Schutz der Nichtraucher/innen und eine ganzheitliche Gesundheitserziehung.

18. Zusammenfassung der Ergebnisse im Projekt „JaN“

Ein zentrales Ergebnis des Projektes ist, dass das Thema „Gesundheitserziehung“ zukünftig in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen verstärkt in den Fokus genommen wird. Ein Bestandteil ist die „Rauchfrei-Politik“. Diese soll im Rahmen von Zielvereinbarungen und in Konzeptionen verankert werden. Hierzu bieten sich auch AGs, Workshops oder Informationsveranstaltungen an.

Insgesamt hat das Projekt eine positive Resonanz gehabt. Viele Mitarbeiter/innen haben auch ohne eine Inanspruchnahme von Ausstiegshilfen sich vom Rauchen distanziert.

Bei der Darstellung der Ergebnisse muss auch der positive Verlauf der Widerstands-/ Barrierenanalyse herausgehoben werden, während der sich die Einsicht ergab, dass eine rein permissive Haltung und die Aussparung des Tabakkonsums aus der Erziehung ein negatives und widersprüchliches Modell sei. Die Teilnehmer zeigten zunehmend Interesse an klaren und gesicherten Informationen, um Halbwissen über Bord werfen und Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung fundiert zum Thema machen zu können. Die gewachsene Bereitschaft, sich auch als betroffene, selbst rauchende Mitarbeiter/innen Know-how zur Tabakentwöhnung für Kinder und Jugendliche anzueignen und dieses Wissen anzuwen-

den, war das erfreulichste Ergebnis dieses Workshops.

Neben diesen qualitativen Fortschritten konnten auch einige quantitative Verbesserungen erzielt werden. Insbesondere ist hier der signifikante Rückgang der Raucherquote bei den Jugendlichen von 52,2% auf 41% zu nennen. Dieser Rückgang um 11,2 Prozentpunkte wurde ohne entsprechende Tabakentwöhnungsmaßnahmen erzielt. Auch wenn ein begünstigender Fluktuationsseffekt (rauchende Jugendliche haben die Einrichtungen während des Projektzeitraums verlassen, nichtrauchende Jugendliche sind neu dazugekommen) zum Zustandekommen dieses Rückgangs beigetragen haben könnte (so betrug der Anteil derer, die nie rauchten, bei der Erstbefragung 36,9%, bei der Nachbefragung aber 41%), ist davon auszugehen, dass die vielfältigen Aktivitäten und Diskussionen zum Thema einen positiven Effekt hatten.

Zusätzlich wurde bei den Jugendlichen ein Rückgang abhängiger Konsummuster beim frühmorgendlichen Rauchen beobachtet. Statt 28% bei der Erstbefragung rauchten noch 15% bei der Nachbefragung die erste Zigarette des Tages innerhalb von fünf Minuten nach dem Aufwachen.

Es konnte darüber hinaus ein leichter Rückgang der Raucherquote um 4,5 Prozentpunkte bei den Mitarbeitern/innen verzeichnet werden.

Deutlicher und somit statistisch signifikant war hingegen der Rückgang der Raucherquote in der Altersgruppe der 36- bis 45-Jährigen. Für den weiteren Verlauf nicht unerheblich ist auch die mehrheitliche Bereitschaft (> 50%), in der Dienstzeit auf das Rauchen zu verzichten.

Die Implementierung der Regelungen zum Rauchen wurde vollständig abgeschlossen. Bei der Nachbefragung gaben alle fünf befragten Leiter bzw. Stellvertreter/innen an, solche Regelungen in den letzten 12 Monaten aufgestellt oder modifiziert zu haben. Auf der Leitungsebene existiert ein klarer Wunsch, Rauchen noch strenger zu regeln und sich am Ziel komplett rauchfreier Einrichtungen zu orientieren.

Kritisch anzumerken ist, dass die Bereitstellung strukturierter professioneller Tabakentwöhnungsangebote in Form von Kursen für die Kinder und Jugendlichen nicht gelungen ist. Nach Ansicht des externen Fachberaters hätte das Projekt im Zeitraum der „Info-Tage“ ein verstärktes Engagement erfordert, um den gewünschten Aufschlageffekt – Induktion von Veränderungsmotivation und zeitnahe, zugeschnittene Ausstiegsangebote – zu erzielen. Es wäre bereits vorher zu klären gewesen, welche Formen der persönlichen Ausstiegsunterstützung von Jugendlichen wann zur Verfügung stehen, um diese Angebote an den „Info-Tagen“ gezielt vermitteln zu können. Die für die Tabakabhängigkeit typische Ambivalenz in Bezug auf Veränderungsabsicht kann durch zeitnahe und als geeignet empfundene Tabakentwöhnungsangebote aufgelöst werden.

Andererseits, wie bereits weiter oben in der Problembeschreibung dargelegt, gibt es bei den Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien deutlich mehr Raucher/innen. Bezogen auf die Jugendhilfe stellten wir auch im Projekt „JaN“ fest, dass wir Kinder und Jugendliche mit den Ausstiegshilfen in Form eines Kursangebotes schwerer erreichen konnten. Dieser Personenkreis zeigt sich schlecht motivierbar und erreichbar für derartige Maßnahmen.

Hinzu tritt das eingangs beschriebene Modellverhalten der Eltern und Pädagogen/innen: „(...) die subtile Unterstützung des Rauchens durch die Eltern/Pädagog/innen und die soziale Umgebung legen das Rauchen nahe und verhindern u.U. den Ausstieg. (...)“¹⁶ In den Jugendhilfeeinrichtungen haben die Pädagogen/innen die Vorbildfunktion. Selbst Mitarbeiter/innen, die in der Einrichtung auf das Rauchen verzichten, werden über kurz über lang von den Kindern und Jugendlichen als manifeste Raucher/innen identifiziert.

Ein weiterer Aspekt bezüglich der Entscheidung zum Rauchen ist die körperliche Leistungsfähigkeit. Spielt sportliche und berufliche Aktivität eine „(...) untergeordnete Rolle, fällt die Entscheidung für das Rauchen leichter.“¹⁷

Auch die betreuungsintensiven Entwöhnungsangebote für Mitarbeiter/innen benötigen eine längere Vorlaufzeit. Aus dem betrieblichen Setting ist bekannt, dass durch unverbindliche Infoveranstaltungen, an dem der Kursleiter Grundzüge der Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung erläutert und das Programm und seine Person vorstellt, ein positiver Promotioneffekt erzielt werden kann. In einer solchen Auftaktveranstaltung kann schwellensenkend auch auf die alternativen Therapien eingegangen werden, außerdem können die zu erhebenden Daten sowie Maßnahmen zu deren Schutz genannt werden.

Die Beteiligung des Betriebsärztlichen Dienstes, insbesondere zur Ansprache der medizinischen Indikation einer Ta-

bakentwöhnung, muss noch weiter forciert werden. Gerade in einer bereits emotional aufgeladenen und konflikthafte Gesamtsituation kann eine vorwiegend medizinische Perspektive hilfreich sein: Tabakkonsum führt bei der Mehrzahl der Konsumenten zu Krankheit und bei einem Viertel zu einer erheblichen Frühsterblichkeit. Nach dem 40. Lebensjahr reduziert das Rauchen die Lebenserwartung jährlich um drei Monate. Zudem können Nichtraucher, die Tabakrauch ausgesetzt sind, die gleichen Erkrankungen wie Raucher/innen erleiden. Ein Rauchstopp bringt sofortige und anhaltende Vorteile, weshalb Raucher/innen in möglichst jungen Jahren zu einem Rauchstopp ermutigt werden und darin unterstützt werden sollten.

19. Schlussbemerkung

Nach Beendigung des Projektes „JaN“ zum 31.8.2007 ist durch die Verabschiedung von Gesetzen und Dienstabweisungen eine neue Situation entstanden, die nicht mehr Berücksichtigung finden konnte:

- Die „Vereinbarung zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL).“
- Das Bundesgesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens.¹⁸

Zum 1. August 2007 ist in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern ein Nichtraucher-

16 Settertobulte 2007

17 Settertobulte 2007

18 Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2007, Teil I, Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 27. Juli 2007

schutzgesetz in Kraft getreten. Seit September 2007 ist das Rauchen auch in öffentlichen Einrichtungen des Bundes und öffentlichen Verkehrsmitteln verboten. Die anderen Bundesländer werden sich zeitnah anschließen.

§ 1 des Landesnichtraucherschutzgesetzes in Baden-Württemberg lautet: „Dieses Gesetz hat zum Ziel, dass in Schulen sowie bei schulischen Veranstaltungen, in Jugendhäusern, in Tageseinrichtungen für Kinder, in Behörden, Dienststellen und sonstigen Einrichtungen des Landes und der Kommunen sowie in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Gaststätten nicht geraucht wird. Die Regelungen dienen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, dem Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens.“

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) hat „Eckpunkte eines Nichtraucherschutzgesetzes“ (NRSG) entwickelt. Hinzu tritt das „Gesetz zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes in Nordrhein-Westfalen“. Ein Inkrafttreten ist für den 1. Januar 2008 anvisiert.

Komplett rauchfrei wurden Krankenhäuser, Schulen und Kindergärten. Die Raucherecken auf Schulhöfen sind nicht mehr statthaft. Damit schließt sich Nordrhein-Westfalen den Plänen anderer Bundesländer an.

Zukünftig werden niederschwellige Angebote zur Tabakentwöhnung für Mitarbeiter/innen sowie Kinder und Jugendliche unterbreitet, und zwar in

Form von Vorträgen, interaktiver Selbsthilfe im Internet sowie Kursangeboten durch die LWL-Suchtberatung bzw. Kurzinterventionen durch den Betriebsärztlichen Dienst.

Seit 2002 bietet die LWL-Koordinationsstelle Sucht zwei Zertifikatsfortbildungen im Jahr in Kooperation mit dem IFT¹⁹ an. Inzwischen wurden über 200 Fachkräfte aus dem Suchtbereich für die Tabakentwöhnung qualifiziert.

Im Dezember 2005 fand eine Fachtagung zum Thema „Tabakentwöhnung für Jugendliche“ statt, deren Beiträge veröffentlicht wurden. In der Folge nahm die LWL-Koordinationsstelle Sucht zwei weitere Zertifikatsfortbildungen, nämlich „Willst du auch keine ...? Tabakentwöhnung für Jugendliche“ (Heyn, Würzburg) sowie das Curriculum Tabakentwöhnung (Batra, Lindinger, Schröter), mit in das Fortbildungsprogramm auf.

Der von der LWL-Koordinationsstelle Sucht initiierte Arbeitskreis „Tabakentwöhnung“ trifft sich seit 2004 einmal jährlich zum Erfahrungsaustausch und zur Information über neue Entwicklungen.

Ab dem 1. Oktober 2007 ist die „vereinbarung²⁰ zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)“ in Kraft getreten, wobei besonders drei Paragraphen für die Jugendhilfeeinrichtungen von Wichtigkeit sind:

§ 1

Ab dem 1. Oktober 2007 ist allen Mitarbeitern/innen des LWL das Rauchen in

19 Institut für Therapieforschung, München

20 Siehe Anhang

den Diensträumen untersagt. Diese Regelung gilt auch für Kantinen, Aufenthalts- und Pausenräume, für Aufzüge, Sanitär- und Flurbereiche. Des Weiteren gilt dieses auch für alle LWL-Dienstfahrzeuge.

§ 2

Darüber hinaus sollen die Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen der Jugendhilfe auf Grund ihres Erziehungsauftrages und ihrer besonderen Vorbildfunktion²¹ ebenfalls auf dem gesamten Gelände ihrer Einrichtung nicht rauchen.

§ 4

Die betriebliche Beratungsstelle für Sucht- und psychosoziale Fragen und die jeweiligen örtlichen Suchtbeauftragten fördern den Nichtraucherchutz für den gesamten LWL, indem sie z.B. regelmäßig Nichtraucherurse durchführen, individuelle Beratungen anbieten und durch sonstige öffentlichkeitswirksame Aktivitäten über die Risiken des Rauchens informieren.

Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung wird im Rahmen der „Gesundheitserziehung“ als Aufgabe für den pädagogischen Dienst definiert. Eine einseitig empathische und permissive Haltung dem Rauchen und dem/r Raucher/in gegenüber ist vor dem Hintergrund der massiven gesundheitlichen Bedrohung von Raucher/innen und Passivraucher/innen nicht angebracht.

Der gesamte Bereich der „Gesundheitserziehung“ sollte auch nach Abschluss des Projektes „JaN“ verstärkt in den Fokus genommen werden. Ein Bestandteil davon ist die „Rauchfrei-Politik“, die im Rahmen von Zielverein-

barungen, Konzeptionen, Dienstbesprechungen etc. Verankerung findet.

Fazit: Hilfreich und unterstützend für das Projekt „JaN“ und alle beteiligten Akteure in der Jugendhilfe sind die bereits weiter oben erwähnte Verabschiedung und das Inkrafttreten der „Vereinbarung zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)“, der neuen Gesetzgebung des Bundes zum 1.10.2007 und die für Nordrhein-Westfalen geplante Gesetzgebung zum Nichtraucherchutz zum 1.1.2008. Damit werden insbesondere Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in die Pflicht genommen, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um das Rauchen aus diesen Einrichtungen herauszuhalten. Einen geeigneteren Zeitpunkt für das Projekt „Jugendhilfeeinrichtungen auf dem Weg zum Nichtrauchen“ („JaN“) hätte es nicht geben können.

20. Anhang

Der Anhang beinhaltet eine Namensliste der am Projekt „JaN“ beteiligten Personen, ein Konzept zu „Motivierenden Interventionen – Möglichkeiten der Ansprache von rauchenden Mitarbeitern/innen und Kindern und Jugendlichen“, eine Kurzbeschreibung zum „Anti-Rauchkurs – Pädagogische Interventionen für rauchende Jugendliche“, ausgewählte nützliche Adressen sowie Internetportale und die zum 1.10.2007 in Kraft getretene Dienstvereinbarung „Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)“.

²¹ Siehe Anhang

21. Literaturverzeichnis

- Batra, A., Schütz, C. G., Lindinger, P. (2006): Tabakabhängigkeit, Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, P., Gaebel, W. (Hrsg.). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag.
- Batra, A., Buchkremer, G. (2004): Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer.
- Batra, A., Buchkremer, G. (1997): Nichtraucher in 6 Wochen: Ein Selbsthilfeprogramm für alle, die das Rauchen aufgeben wollen. Ratingen: Preuss.
- Bühler, A. (2005): Evaluierung des Raucherentwöhnungskurses „Rauchfrei in 10 Schritten“ – Kurzfassung. http://www.tabakkontrolle.de/pdf/November_2005.pdf, S. 3–4.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2005): Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit. Berlin/Heidelberg.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Wiederholungsbefragung der BZgA, Teilband Rauchen, November 2004, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007): Repräsentativbefragung zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen, Kurzbericht, Mai 2007, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o.J.): „Ja, ich werde rauchfrei!“ Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (o.J.): „Rauchen – Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 5–10“, 1. Auflage, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2003): „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“, Köln.
- Conrad, K. M., Flay, B. R., Hill, D. (1992): Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *British Journal of Addiction*.
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.) (2005): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Heidelberg.
- DiFranza, J. R., Rigotti, N. A., McNeill, A. D. et al. (2000): Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9 (3), S. 313–319.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). 5. Auflage. Göttingen: Huber.
- Gervais, A., O’Loughlin, J., Meshefejian, G., Banceij, C., Tremblay, M. (2006): Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents.
- Haustein, K.-O. (2000): Rauchen und Behandlung von Nikotinabhängigkeit. In: Backmund, M.: Suchttherapie. Grundlagen. Klinik. Standards. Leitfaden für Praxis und Fortbildung. Kapitel XVIII-1 = 1. Erg. Lfg. 5/00. Landsberg: ecomed.
- Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC). Studie 2002.
- Heppekausen, K., Kröger, C., Reese, A. (2001): Methoden und Ergebnisse der Raucherentwöhnung von jugendlichen Rauchern. *Prävention*, 2, 44–47.

Heyn, M. (2004): Willst du auch keine? Das Würzburger Rauchausstiegsprogramm für Jugendliche.

Institut für Therapieforschung (IFT) (2006): „WIRK-Studie“: Wirksamkeit intensiver Raucherentwöhnung in Kliniken. München.

Junge, B. (1997): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '98, Geesthacht: Neuland, S. 19–42.

Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2000): Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 3. Auflage. Berlin: Springer.

„KiGGS“. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003–2006 – ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin/Heidelberg: Springer.

Kröger, C., Piontek, D. (2005): Wirksamkeit von Tabakpräventionsprogrammen und Ausstiegshilfen für jugendliche Raucher. In: Rauchfreie Schule. Informationsdienst zur Suchtprävention, Nr. 17, S. 47–54 (Regierungspräsidium Stuttgart, Schule und Bildung).

Rakete, G.: „Curriculum Anti-Rauchkurs – Pädagogische Intervention für rauchende Schüler“, Rakete Konzept GbR, Berlin.

Richter, M., Settertobulte, W. (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberger, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey – Internationale Vergleichsstudie im

Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Tabakbedingte Störungen: „Leitlinie Tabakentwöhnung“, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), AWMF-Leitlinien-Register 076/006, Entwicklungsstufe 2.

WHO, Koalition gegen das Rauchen (Hrsg.) (1999): Tabakentwöhnung leichter gemacht. Empfehlungen für Gesundheitsberufe. Heidelberg.

Weiland, S. K., Keil, U. (1995): Die Rauchgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen: Eine Herausforderung für die primäre Prävention. In: Opitz, K., Wirth, W. (Hrsg.): Tabakrauchen und Rauchentwöhnung in Deutschland 1994: Symposium der Stiftung Immunität und Umwelt. Stuttgart/Jena/New York: Gustav Fischer.

Wiborg, G., Hanewinkel, R., Isensee, B. et al. (2004): Entwicklung, Implementation und Evaluation eines Programms zur Entwöhnung vom Rauchen für Jugendliche und junge erwachsene Raucher.

22. Mitglieder der Lenkungsgruppe vom 1.12.2005 bis 31.8.2007

Leitungsebene der LWL-Jugendhilfeeinrichtungen und Stellvertreter/innen im Projekt „JaN“

- Herr Dietbert Lipka, LWL-Jugendheim Tecklenburg;
Frau Astrid Neuenfeldt (Stellvertretung)
- Herr Dr. Kurt Frey, LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm;
Herr Dirk Krüger (Stellvertretung)
- Herr Michael Baune, LWL-Jugendhilfezentrum Marl;
Frau Nicole Eisinger (Stellvertretung)

Vertreterinnen des Gesamtpersonalrates

- Frau Annette Traud (bis zum 31.3.2007)
- Frau Pia Salentin (ab dem 1.4.2007)

Vertreter der örtlichen Personalräte

- Herr Wolfgang Ortner, LWL-Jugendheim Tecklenburg
- Herr Karl-Heinz Schiffel, LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm
- Herr Georg Schetter, LWL-Jugendhilfezentrum Marl

Externer wissenschaftlicher Fachberater

- Herr Peter Lindinger,
Diplom-Psychologe

Vertreter der LWL-Koordinationsstelle Sucht

- Herr Wolfgang Rometsch, Referatsleiter, LWL-Koordinationsstelle Sucht
- Herr Hartmuth Elsner, Projektleiter, Sachbereichsleiter „Beratung & Service“, LWL-Koordinationsstelle Sucht
- Frau Barbara Harbecke, LWL-Koordinationsstelle Sucht, Projektkoordinatorin (bis 31.10.2006)

LWL-Suchtberatung

- Herr Hans-Günther Neuer, LWL-Suchtbeauftragter

23. Hilfreiche Adressen und Internetportale

A) Gruppenprogramme

Gruppenprogramme für Erwachsene		
1	„Eine Chance für Raucher – Rauchfrei in 10 Schritten“ und das neue „Rauchfrei-Programm“ (der LWL verfügt über geschulte Kursleiter)	Institut für Therapieforschung (IFT) Dr. Christoph Kröger, Dipl.-Psych. Tel. 089-360804 80 Fax 089-360804 69 E-Mail: kroeger@ift.de http://ift.de.de
2	„Nichtraucher in sechs Wochen“ (der LWL verfügt seit Mai 2007 über geschulte Kursleiter)	Prof. Dr. Anil Batra, Arbeitskreis Raucherentwöhnung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen, Herrenberger Str. 23, 72070 Tübingen Tel. 07071-29-87346, Fax 07071-29-84141 E-Mail: anil.batra@med.uni-tuebingen.de Dazu liegt auch ein Therapeuten- und Teilnehmermanual vor: Batra, A., Buchkremer, G. (2004): Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer Batra, A., Buchkremer, G. (1997): „Nichtraucher in 6 Wochen: Ein Selbsthilfeprogramm für alle, die das Rauchen aufgeben wollen“. Ratingen: Preuss

Gruppenprogramme für Jugendliche		
1	„Just4U“: don't smoke – be free	Andrea Fritzsche IKK Niedersachsen, Landesdirektion Geschäftsbereich Gesundheit, 30143 Hannover Tel. 0511-123 8914 21 Fax 0511-123 8914 39 E-Mail: Andrea.Fritzsche@ikk-niedersachsen.IKK.de
2	„Willst du auch keine?“ Das Würzburger Raucherausstiegsprogramm für Jugendliche ab 16	Dipl.-Sozialpädagoge Martin Heyn Tel. 0931-3574671 Fax 0931-3574679 E-Mail: M.Heyn@lra-wue.bayern.de
3	„Dein Stil – rauchfrei“ Nicht-raucherkurs für Jugendliche im Alter zwischen 13 und 17 Jahren	Dipl.-Pädagogin Sabine Lang Villa Schöpfung – Zentrum für Suchtprävention, Franz-Ehret-Str. 7, 79541 Lörrach-Brombach Tel. 07621-9149092 E-Mail: sabine.lang@blv-suchthilfe.de
4	„... UND TSCHÜSS“: Der Kurs zum Rauchstopp für Jugendliche	Dipl.-Päd. Sigrid Witt Tel. 040-428632486 E-Mail: sigrid.witt@li-hamburg.de www.li-hamburg.de/spz

B) Interaktive Selbsthilfeprogramme (Internet)

Interaktive Selbsthilfeprogramme für Jugendliche (Internet)		
1	www.justbesmokefree.de	PD Dr. Reiner Hanewinkel, Dr. Gudrun Wiborg, Dr. Barbara Isensee IFT-Nord, Kiel Tel. 0431-570 29 60 E-Mail: isensee@ift-nord.de http://www.ift-nord.de
2	www.rauch-frei.info Internetangebot zum Nichtrauchen für Jugendliche	Dipl.-Psych. Gunilla Nowotny Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Referat 1-13/Legale Suchtmittel Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln Tel. 0221-8992 247 Fax 0221-8992 300 E-Mail: gunilla.nowotny@bzga.de

Interaktive Selbsthilfeprogramme für Erwachsene (Internet)		
1	www.rauchfrei-info.de	Dipl.-Psych. Gunilla Nowotny Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Referat 1-13/Legale Suchtmittel Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln Tel. 0221-8992 247 Fax 0221-8992 300 E-Mail: gunilla.nowotny@bzga.de
2	www.aok.de/ ich-werde-nichtraucher/	
3	www.at-schweiz.ch/ zielnichtrauchen/	

C) Telefonberatung

1	BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung	01805-313131 (12 Cent/min) Mo–Fr 10.00–22.00, Sa–So 10.00–18.00 auch Bestellung von Selbsthilfebroschüren und „Startpaketen“
2	DKFZ-Rauchertelefon	06221-42400 (normale Telefongebühren) Mo–Fr 14.00–18.00 Faltblatt „Tabakentwöhnung leichter gemacht“

D) Nicht-interaktive Selbsthilfe (kostenfrei)

1	BZgA (per E-Mail an order@dkfz.de)	1) Ja, ich werde rauchfrei (Autor: Peter Lindinger) Bestellnummer: 31350000 Praktische Anleitung für ein rauchfreies Leben 2) Nichtraucherkalender für die ersten 100 Tage Bestellnummer: 31350003 3) rauchfrei – Tischaufsteller Bestellnummer: 31350001 4) rauchfrei – Startpaket Bestellnummer: 31350100 5) rauchfrei – Stop Smoking – Girls Bestellnummer: 31602000 Anleitung zum Rauchverzicht für Mädchen 6) rauchfrei – Stop Smoking – Boys Bestellnummer: 31603000 Anleitung zum Rauchverzicht für Jungen
2	Deutsche Krebshilfe 53113 Bonn Postfach 1467 53004 Bonn Tel. 0228-72990-0 Fax 0228-72990-11	Präventionsratgeber 4: Aufatmen – erfolgreich zum Nichtraucher (Autor: Peter Lindinger)

E) Netzwerk

1	Deutsches Netz Rauch- freie Krankenhäuser Saarbrücker Straße 20–21 10405 Berlin	http://www.rauchfreie-krankenhaeuser.de
---	---	---

24. Motivierende Interventionen – Möglichkeiten der Ansprache von rauchenden Mitarbeitern/innen und Kindern und Jugendlichen

2. Oktober 2006



Inhaltsverzeichnis

- 1) Für welche Zielgruppe ist das Angebot gedacht?
- 2) Wer kann die Intervention anbieten/durchführen?
- 3) Das motivationale System des Rauchers
- 4) Diagnostische Instrumente zur Ausstiegsmotivation
- 5) Grundhaltung bei motivierenden Interventionen
- 6) Grundlegende Elemente der Motivierenden Gesprächsführung
- 7) Gesprächstechniken zur Förderung der Änderungsbereitschaft
- 8) Gesprächstechniken zur Förderung der Änderungskompetenz
- 9) Fallen und Fallstricke bei der Durchführung motivierender Kurzinterventionen
- 10) Besondere Elemente motivierender Kurzinterventionen durch einen Arzt

Dipl.-Psych. Peter Lindinger
Freier Mitarbeiter des WHO Kollaborationszentrums Tabakkontrolle
Mitglied des WAT e.V. und der SRNT
Tel.: 07660-941985
Fax: 07660-941986
E-Mail: PLindinger@t-online.de

© Peter Lindinger

1) Für welche Zielgruppe ist das Angebot gedacht?

Alle rauchenden Mitarbeiter und Jugendlichen, insbesondere wenig oder gar nicht ausstiegswillige Mitarbeiter/innen bzw. Kinder und Jugendliche, Mitarbeiter/innen bzw. Kinder und Jugendliche, die durch „Widerstand“ gegen das Projekt „JaN“ auffallen.

2) Wer kann die Intervention anbieten/durchführen?

Betreuer in den Einrichtungen selbst, Mitglieder der im Protokoll vom 16.8.2006 erwähnten Arbeitsgruppen, Betriebsärztlicher Dienst, Mitarbeiter der Koordinationsstelle Sucht, externe Mitarbeiter.

3) Das motivationale System des Rauchers

Das Stadienmodell der Veränderung nach Prochaska und Di Clemente (1983) geht davon aus, dass der Ausstieg aus einer Abhängigkeit oder anderen schädigenden Verhaltensweisen – wie es auch das Rauchen darstellt – *nicht ein diskretes Ereignis, sondern ein dynamischer Prozess* ist. Dieser Prozess beinhaltet im Wesentlichen fünf Phasen, muss jedoch nicht im Sinne eines kontinuierlichen Fortschreitens über diese Stadien vonstatten gehen. Es kann auch zu einem oder mehrfachen Rückschritten oder mehrmaligem

Durchlaufen der Stadien kommen (Hoyer 2003).

Für Praktiker und Kliniker wesentlich ist die Annahme, dass das therapeutische Handeln den in den einzelnen Stadien unterschiedlichen Veränderungsprozessen bzw. motivationalen Ausgangsbedingungen angepasst sein sollte.

Die Annahmen über die „Stadien der Veränderung“ sind Teil des so genannten „Transtheoretischen Modells“ (TTM):

Das Stadium der Absichtslosigkeit

Hier fehlt die Auseinandersetzung mit dem Rauchen. Der Raucher bezeichnet sich selbst als jemanden, der gerne raucht und keine Änderung des Rauchverhaltens beabsichtigt.

Der sprichwörtlich erhobene Zeigefinger des Arztes beim Hinweis auf tabakassoziierte medizinische Krankheitsbefunde und gesundheitliche Gefährdungen wird hier nicht die erhoffte Wirkung erzielen.

Intervention:

Informationen und Hinweise zur behutsamen Entwicklung eines Problembewusstseins, gesundheitliche Gefährdungen, zu erwartende Veränderungen durch eine konsequente Abstinenz und die Schilderung der therapeutischen Möglichkeiten können hilfreich sein.

Das Stadium der Absichtsbildung

Hier findet eine zunehmende Auseinandersetzung mit dem Rauchen statt. Der Raucher schwankt hin und her zwischen dem Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören, und dem Wunsch, einfach weiterzurauchen. Diese deutliche Ambivalenz spiegelt einen natürlichen Prozess wider, bei dem der Arzt oder Therapeut die Aufgabe hat, die passenden Anstöße zu geben, um dem Raucher den Übergang in das nächste Stadium zu erleichtern.

Intervention:

Hier sind nicht nur Argumente zur Gefährlichkeit des Rauchens, sondern insbesondere auch positive Informationen zur Abstinenzwahrscheinlichkeit im Rahmen einer Entwöhnungsmaßnahme angezeigt.

Das Vorbereitungsstadium

Diese Raucher befinden sich in einer ernsthaften Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Veränderung und haben die Absicht, in naher Zukunft mit dem Rauchen aufzuhören. Die Raucher denken in dieser Phase ernsthaft über einen Rauchstopp innerhalb des nächsten Monats nach. Oft haben sie schon einen Plan über die weitere Vorgehensweise. Sie sind von den Vorteilen eines Rauchstopps überzeugt, befürchten jedoch häufig, rückfällig zu werden. Diese Befürchtungen können zu einem langen Verbleiben in dieser Phase führen. Diese Gruppe von Rauchern ist die eigentliche Zielgruppe fast aller Raucherentwöhnungsprogramme – die Raucher sind motiviert, das Rauchen tatsächlich sein zu lassen, und suchen häufig von sich aus die Unterstützung (Salmen & Behrendt 1996).

Intervention:

Hier sollte der Raucher in der Planung konkreter und realistischer Schritte und bei der Wahl einer Vorgehensweise möglichst umfassend unterstützt werden, z.B. durch Empfehlungen hinsichtlich der Bewältigung von Entzugssymptomen, durch eine Stärkung der Abstinenz Erwartung oder auch durch Angebote einer weitergehenden therapeutischen Begleitung.

Das Handlungsstadium

In der Handlungsphase erfolgt der Rauchstopp, und erste Erfahrungen mit dem neuen Verhalten werden gesamt-

melt. Diese Phase erstreckt sich laut Definition auf sechs Monate nach dem Rauchstopp. Daher ist hier die Gefahr eines Rückfalls am größten. Aus diesem Grund ist besonders in der Anfangszeit nach dem Rauchstopp Unterstützung und Hilfe, denkbar in jeder Form von Therapie, hilfreich (Salmen & Behrendt 1996).

Intervention:

Auch wenn die Betroffenen bereits rauchfrei sind, erfordern die hohen Rückfallrisiken eine fortgesetzte Betreuung.

Die Stabilisierungsphase

In dieser Phase werden die erzielten Veränderungen gefestigt, bis das Nichtrauchen schließlich zu einem stabilen und dauerhaften Verhalten geworden ist, das mit einer neuen Identität als Nichtraucher einhergeht.

Intervention:

Das Nichtrauchen wird meist mit relativ wenig Aufwand beibehalten, und die

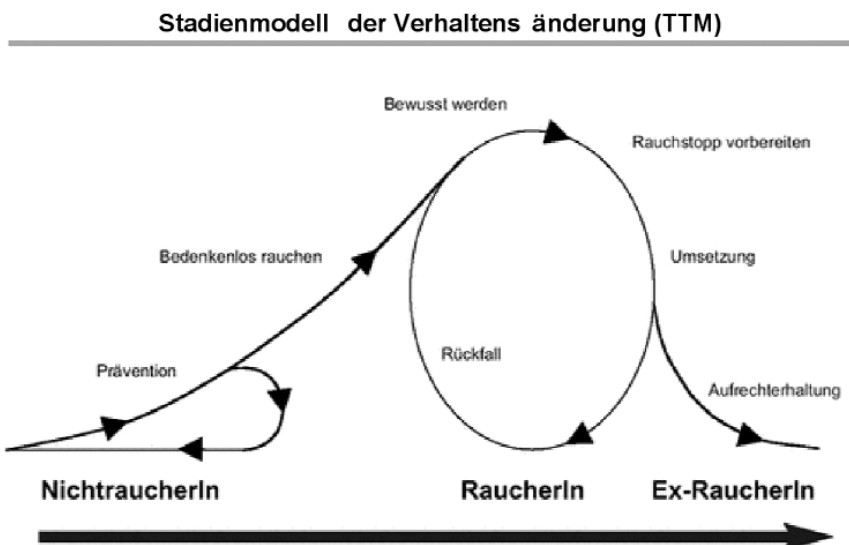
meisten Ex-Raucher benötigen keine therapeutische Hilfe mehr. Die Dauer dieser Phase wird auf etwa fünf Jahre geschätzt (Salmen & Behrendt 1996).

Rückfälle

Rückfälle sind normale Prozesse beim Durchlaufen der Änderungsphasen, ebenso wie rückwärtsgerichtete Stadienmigrationen. Nach einem Rückfall besteht das therapeutische Ziel darin, die Veränderungsabsicht wieder aufzunehmen und den Rückfall nicht als stabiles Stadium des Scheiterns zu verstehen.

Das mehrmalige Durchlaufen des Veränderungskreislaufs ist eher der Regel- als der Ausnahmefall.

Dieses einfache und teilweise sehr plausible Modell zur Verhaltensänderung hat für einen entspannteren Umgang mit „veränderungsresistenten“ Raucherinnen und Rauchern gesorgt,



ist aber in jüngster Zeit heftig kritisiert worden (West 2005).

Das TTM sollte in Bezug auf seine Eignung zur differentiellen Auswahl von therapeutischen Zielen und Strategien nicht überbewertet, sondern vornehmlich als heuristisches Modell betrachtet werden. Eine strenge Orientierung am TTM kann im ungünstigen Fall die Wahl einer falschen Interventionsstrategie fördern und dazu führen, dass vermeintlich „stabilen Rauchern“ effektive Interventionen nicht angeboten werden. Wenn z.B. die geringere Bereitschaft zum Rauchstopp darauf beruht, dass eine starke Abhängigkeit besteht, kann durch ein neues, effektives/intensives Hilfsangebot auch bei vermeintlich „Unmotivierten“ viel erreicht werden. Dieses Phänomen wurde z.B. auch bei der Einführung neuer medikamentöser Hilfen beobachtet.

Ein weiterer Kritikpunkt besteht darin, dass der Ansatz des TTM die starken situationsabhängigen Determinanten des Verhaltens außer Acht lässt. Eine Veränderung des Rauchverhaltens kann spontan auch als Reaktion auf ei-

nen Trigger (Einführung rauchfreier Einrichtungen, Schwangerschaft, tabakassoziierter Tod einer nahe stehenden Person) bei ansonsten „unmotivierten“ Individuen erfolgen.

Neuere Theorien zum motivationalen System des Rauchers gehen von folgenden Grundlagen aus:

- Wiederholte Nikotinaufnahme aus Zigaretten interagiert mit anderen Stimuli und führt zu
 - Impulsen zu rauchen, ausgelöst durch Hinweisreize
 - hungerähnlichen Bedürfnissen zu rauchen
 - unangenehmen körperlichen und psychischen Symptomen in Zusammenhang mit Nichtrauchen
 - einem Gefühl des Hingezogen-seins zum Rauchen
 - positiver Bewertung des Rauchens
- Dies wirkt auf allen Ebenen des motivationalen Systems und untergräbt und sabotiert die (selbst-) bewusste Entscheidung, Nichtraucher zu werden.

Motivation des Rauchens



Abgeleitet aus der PRIME-Theorie: www.primetheory.com

4) Diagnostische Instrumente zur Ausstiegsmotivation

Die akute Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, kann qualitativ mittels einer einfachen, direkt auf die Interessen an einem Ausstieg gerichteten Frage ermittelt werden:

„Wie sieht es bei Ihnen momentan mit Plänen aus, mit dem Rauchen aufzuhören?“

„Planen Sie irgendwelche Veränderungen in Bezug auf das Rauchen?“

„Wenn ich Ihnen ein passendes Angebot für eine Tabakentwöhnung machen würde, wären Sie dann bereit, einen Rauchstopp zu versuchen?“

Wird die Ausstiegsmotivation mittels Fragebogen erfasst, bietet sich die Frage nach der Stärke des Ausstiegswunsches an (Pisinger et al. 2005):

„Wie groß ist Ihr Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören?“

- sehr groß
- eher groß
- eher klein
- ich will gar nicht aufhören

Etwas komplexer ist die quantitative Ermittlung der Ausstiegsmotivation mittels einer 10-Punkte-Skala:

„Auf einer Skala von 1 bis 10, auf der 1 bedeutet ‚überhaupt nicht motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören‘ und 10 bedeutet ‚100-prozentig motiviert‘ – welchen Wert würden Sie sich im Moment selbst geben?“

Diese Form der Motivationsermittlung erleichtert den Einstieg in die weitere Beratung.

5) Grundhaltung bei motivierenden Interventionen

Dass eine Vielzahl von Rauchern trotz der Flut von Beweisen für die Schädlichkeit nicht mit dem Rauchen aufhören, liegt im Wesentlichen an den folgenden Gründen:

- Verhaltensweisen, die ungesund sind, werden häufig in einem anderen Sinne als nützlich erlebt
- Raucher sind nicht davon überzeugt, dass Rauchen für sie persönlich ein Problem darstellt
- Rauchen ist eine soziale, kommunikative Angelegenheit
- Rauchen wird mit Genuss, Nichtraucher mit den negativen Entzugsgefühlen assoziiert
- Manchen erscheint es nahezu unmöglich, diese Verhaltensweise zu verändern

Wichtig: Dass Raucher häufig ihrem Nikotinkonsum gegenüber ambivalent sind und ihm auch positive Seiten abgewinnen können, stellt ein zentrales wie auch natürliches Phänomen dar. Häufig setzen sie sich gedanklich und emotional lange mit der Thematik auseinander, bevor es zu einer konkreten Aktion wie der Festsetzung eines Ausstiegstermins kommt.

Es sollte auf jeden Fall vermieden werden, den Raucher wegen seines Konsumverhaltens oder einer nur geringen Änderungsbereitschaft zu kritisieren. Auch eine überzeugend vorgetragene Argumentation, in der die Vorteile der Verhaltensänderung aufgelistet werden, wird in den meisten Fällen der subjektiven Situation eines Rauchers nicht gerecht werden und ist nicht förderlich für eine hilfreiche Beziehung (Ar-

beitsbündnis). Nur wenn es gelingt, bei wenig änderungsbereiten Rauchern auch ein Voranschreiten in kleinen Schritten anzuerkennen und mögliche Rückschritte zu akzeptieren, kann der Raucher Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten ausbilden und sich als Experte seiner Veränderung wahrnehmen.

Deshalb ist es wichtig, als Betreuer/Therapeut nicht aus einem vermeintlichen Expertenstatus heraus beliebig Rückmeldungen, Informationen und Ratschläge zu geben, sondern ein Menü von Möglichkeiten anzubieten, aus dem der Raucher eine eigene Auswahl treffen kann. Ratschläge sind nicht tabu, sollten aber wohldosiert und nur dann angeboten werden, wenn sie angenommen werden können.

Der charakteristische Behandlungsstil der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnik 2002, 2004) basiert auf folgenden Grundsätzen:

Kollaboration (statt Konfrontation)

Der Beratungsstil besteht aus Unterstützung und Förderung statt Überredung und Beweisführung. Angestrebt wird eine positive zwischenmenschliche Atmosphäre, die eher fördert und nicht forciert oder erzwingt.

Erwecken und Hervorrufen (statt Belehren)

Ressourcen und Veränderungsmotivation sind innerhalb des Klienten angesiedelt; diese intrinsische Motivation wird durch den Bezug auf die persönliche Sichtweise, das Ziel und das Wertesystem des Klienten gestärkt.

Autonomie (statt Autorität)

Der Arzt oder Therapeut bekräftigt das Recht des Klienten auf Eigenverantwortung und erleichtert dessen Entschei-

dungsfindung auf der Grundlage aller notwendigen Informationen. Ein autoritärer Stil wäre dann gegeben, wenn der Arzt oder Therapeut dem Klienten vorgibt, was er zu tun habe. Wenn der Raucher bereits an einer tabakassoziierten Erkrankung leidet, kann der Arzt oder Therapeut seine Sorge um die gesundheitliche Gefährdung allerdings anbringen.

Als Merkhilfe für die wesentlichen Elemente einer erfolgreichen motivierenden Kurzintervention eignet sich das Akronym FRAMES:

- **Feedback** (Rückmeldung geben),
- **Responsibility** (Eigenverantwortung wahren),
- **Advice** (Ratschläge geben, die passen),
- **Menu** (Angebot verschiedener Behandlungsmöglichkeiten),
- **Empathy** (Empathie zeigen),
- **Self-Efficacy** (Zuversicht stärken).

Motivierende Gesprächsführung lässt sich nicht auf bestimmte Techniken reduzieren, sondern steht für einen spezialisierten, egalitären Behandlungsstil. Ein Therapeutenverhalten, das die Selbstverantwortlichkeit in den Vordergrund stellt, wird wenig Widerstand erzeugen und darauf abzielen, die Selbstwirksamkeitserwartung des Rauchers zu steigern. Aufhörmotivation ist demzufolge nicht ein vom Raucher allein beeinflusster Zustand, sondern hängt in großem Maße auch vom Therapeutenverhalten ab. Die zugewandte, empathische Grundeinstellung lässt sich nicht einfach aus einem Arbeitspapier ablesen und anwenden; dazu bedarf es einer ausreichend intensiven Schulung und fortgesetzten Trainings.

6) Grundlegende Elemente der Motivierenden Gesprächsführung

Empathie zeigen

Empathie ist eine *conditio sine qua non* der Motivierenden Gesprächsführung. Empathie bedeutet ein großes Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, sich in einen Raucher und dessen andere Werthaltungen und Normen hineinzuversetzen. Die empathische Grundhaltung zeichnet sich durch eine grundsätzlich **verständnisvolle, fragende** und **wertschätzende** Vorgehensweise aus. Vermittelt wird Empathie u.a. durch eine besondere Form des Zuhörens, bei der auf der verbalen, der nonverbalen und der Beziehungsebene signalisiert wird, dass der Arzt oder Therapeut die Sichtweise des Rauchers ernst nimmt, versteht und würdigt. Dazu dient insbesondere die Gesprächstechnik „Aktives Zuhören und Rückmelden“.

Diskrepanzen offen legen

Über die Entwicklung von Diskrepanzen zwischen den eigenen Lebenszielen (z.B. Vorbild für die Kinder sein; Erhaltung der Gesundheit) und dem aktuellen Konsummuster (morgendliches Rauchen; Rauchen, um besser nachdenken zu können) kann eine Motivation zur Veränderung aufgebaut werden. Es ist darauf zu achten, *dass dies nicht moralisierend oder vorwurfsvoll passiert!*

Die Ambivalenz eines Rauchers kommt in der **Kosten-Nutzen-Analyse** und der Liste „**Das Gute und das nicht so Gute**“ (s.u.) deutlich zum Ausdruck. Durch eine reflektierende und neutrale Rückmeldung der Vor- und Nachteile des Rauchens kann dem Betroffenen diese Diskrepanz bewusst gemacht werden, ohne Gefahr zu laufen, den Widerstand zu aktivieren.

Zuversicht stärken

Neben einer ausreichenden Bereitschaft zur Veränderung ist die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten zur Veränderung (Selbstwirksamkeit) ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Umsetzung eines Veränderungsplans. Aus dem **Zuversichtsrating** (s. 2.4.4) lassen sich Ausprägungen der Selbstwirksamkeit ablesen. Hinweise auf eine bereits erfolgreich bewältigte Verhaltensänderung und auf individuelle Stärken und Ressourcen können die Zuversicht vergrößern.

Widerstand aufnehmen

Defensive Äußerungen eines Rauchers sind Ausdruck der Ambivalenz und müssen dementsprechend verstanden und ernst genommen werden. Manchmal wird Widerstand dadurch erzeugt oder verstärkt, dass ein Vorschlag des Arztes oder Therapeuten nicht zur Änderungsphase des Betroffenen passt (also „zu früh kommt“). Widerstand ist eine häufig vorkommende und natürliche Reaktion, die dem Wunsch eines jeden Menschen nach Kontrolle über seine Lebensführung entspricht. Dem Widerstand sollte mit aktivem Zuhören und Rückmeldungen begegnet werden, um die Entscheidungsfreiheit des Mitarbeiters/Jugendlichen zu unterstreichen.

7) Gesprächstechniken zur Förderung der Änderungsbereitschaft

Anklopfen

Beratungen auf der Basis der Motivierenden Gesprächsführung setzen eine Beziehung auf Augenhöhe voraus. Gerade zu Beginn einer solchen Beratung ist es wichtig, dem rauchenden Mitarbeiter/Jugendlichen Respekt entgegenzubringen.

genzubringen und sich zu vergewissern, dass ein Gespräch über das „Problemverhalten“ in beiderseitigem Interesse ist. Dazu dient das „Anklopfen“, um sich auf das Thema Rauchen zu verständigen:

„Ich würde mich gerne mit dir/Ihnen über das Rauchen unterhalten. Was hältst du/halten Sie davon?“

„Wären Sie damit einverstanden, wenn ich mit Ihnen über das Rauchen spreche?“

Offene Fragen

Die Gesprächstechnik der „offenen Fragen“ dient nicht primär der Informationsbeschaffung oder diagnostischen Erkenntnisgewinnung, sondern ist ein geeignetes Instrument, um die Selbstexploration zu erleichtern und zu unterstützen. Dabei wird die Auseinandersetzung mit dem eigenen Rauchverhalten gefördert. Der rauchende Mitarbeiter/Jugendliche übernimmt bei dieser Form der Gesprächsführung eine aktive Rolle. Geschlossene Fragen sind bei bestimmten Gelegenheiten, z.B. zur Klärung von Sachverhalten, sinnvoll, verleiten den rauchenden Mitarbeiter/Jugendlichen aber dazu, kurze und einfache Antworten („ja“, „nein“) zu geben, und bieten ihm wenig Gelegenheit, die eigene Motivation zu erforschen.

Beispiele für offene Fragen zur Förderung der Änderungsbereitschaft:

„Haben Sie in letzter Zeit je daran gedacht, irgendetwas in Bezug auf das Rauchen zu unternehmen?“

„Was wissen Sie über den Zusammenhang zwischen Rauchen und der Gesundheit Ihrer Familie?“

„Was gefällt Ihnen, was mögen Sie am Rauchen?“

„Was belastet Sie an der aktuellen Situation?“

Aktiv zuhören und Rückmeldung geben

Empathie wird durch eine besondere Form des Zuhörens transportiert, bei der auf der verbalen, der nonverbalen und der Beziehungsebene signalisiert wird, dass der Betreuer/Therapeut die Sichtweise des rauchenden Mitarbeiters/Jugendlichen ernst nimmt, versteht und würdigt.

Der Betreuer/Therapeut gibt die wesentlichen Inhalte der Mitteilung des rauchenden Mitarbeiters/Jugendlichen in seinen eigenen Worten wieder und überprüft damit auch, ob er die Sichtweise seines Gegenübers richtig erfasst hat. Der rauchende Mitarbeiter/Jugendliche erlebt dabei die Bereitschaft zur Unterstützung und Kooperation und fühlt sich dadurch in einem Schutzraum, in dem es ihm leichter fällt, von belastenden und unangenehmen Umständen zu erzählen. Zudem ermöglicht das aktive und reflektierende Zuhören dem rauchenden Mitarbeiter/Jugendlichen ein tieferes Verständnis für die Thematik.

„Das Rauchen hilft Ihnen dabei, sich zu entspannen. Und wenn Sie sich über etwas geärgert haben, lassen Sie erst einmal Dampf ab und rauchen eine Zigarette.“

Aber auch wenn der Betreffende selbst motivierende Aussagen macht, ist es wichtig, ihn mit kurzen Rückmeldungen in seiner Exploration zu unterstützen.

Eine besondere Form der Rückmeldung sind die sog. zweiseitigen Reflexionen:

„Auf der einen Seite wollen Sie Ihren Kindern ein gutes Vorbild sein und möglichst verhindern, dass sie selbst mit dem Rauchen anfangen. Auf der anderen Seite wollen Sie nicht auf die

Zigaretten verzichten, weil sie Ihnen beim Nachdenken helfen.“

Beispiele für Rückmeldungen, wenn Widerstand geäußert wird

Rauchender Mitarbeiter/Jugendlicher:

„Ich rauche schon ganz leichte Zigaretten und tue damit doch schon etwas für meine Gesundheit.“

„Ich achte auf meine Ernährung und mein Gewicht und trinke auch kaum Alkohol.“

Betreuer:

„Sie sind schon sehr bemüht, gesund zu leben.“

Rauchender Mitarbeiter/Jugendlicher:

„Wenn Rauchen wirklich so gefährlich wäre, würden nicht so viele Ärzte rauchen.“

Betreuer:

„Sie wundern sich, dass selbst Leute rauchen, die doch Bescheid wissen müssten.“

Bestätigen und Ressourcen aktivieren

Es mag schwer fallen, selbst wenig änderungsbereite Mitarbeiter/Jugendliche zu bestärken. Üblicherweise geht es für Angehörige der Gesundheitsberufe darum, Krankheiten oder Gesundheitsgefahren zu erkennen und zu lindern, zu heilen oder zu minimieren. Nach dem Behandlungsansatz der Motivierenden Gesprächsführung wird die Veränderungsbereitschaft eines rauchenden Mitarbeiters/Jugendlichen sich eher dann entwickeln, wenn er nicht nur als behandlungsbedürftiger „Raucher“ angesprochen wird, sondern auch mit seinen Kompetenzen und bisherigen Problembewältigungen.

Bringen Sie deshalb Ihre Anerkennung ...

„Es fällt Ihnen nicht leicht, auf die Zigarette nach dem Essen zu verzichten, aber Sie machen sich Gedanken darüber, wie Sie das in den Griff bekommen könnten. Sie machen es sich nicht leicht.“

„Sie haben schon einmal eine lange Zeit nicht geraucht und bringen alles mit, was für einen erfolgreichen Ausstieg notwendig ist.“

und Ihr Verständnis ...

„Sie haben im Moment mit vielen Belastungen zu kämpfen, und da ist die Zigarette für Sie momentan die einfachste Form der Entspannung.“

zum Ausdruck und sprechen Sie Lob aus.

„Da haben Sie einen wichtigen Punkt angesprochen.“

„Das halte ich für einen sehr guten Weg, im Auto nicht mehr zu rauchen.“

„Das hört sich nach einem richtig guten Plan an.“

„Ich habe den Eindruck, das könnte Sie wirklich weiter bringen.“

8) Gesprächstechniken zur Förderung der Änderungskompetenz

Beispiele für offene Fragen zur Förderung der Änderungskompetenz

„Haben Sie kürzlich mal dran gedacht, mit dem Rauchen aufzuhören?“

„Wie wird es Ihrer Ansicht nach sein, mit dem Rauchen aufzuhören?“

„Was wären die Vorteile, wenn Sie mit dem Rauchen aufhören würden?“

„Wenn Sie an Aufhören denken, welche Befürchtungen werden damit bei Ihnen ausgelöst?“

„Was hält Sie davon ab, einfach mal zu versuchen aufzuhören?“

„Wie könnte ich Sie dabei unterstützen?“

„Was würde Sie sicherer machen, es zu schaffen?“

„Wie wichtig ist es für Sie, mit dem Rauchen aufzuhören?“

Vergangene Erfolge und individuelle Ressourcen aktivieren

Eine optimistische Grundhaltung und die Festigung der Selbstwirksamkeit können den Behandlungserfolg günstig beeinflussen. Wenn der rauchende Mitarbeiter/Jugendliche vermittelt bekommt, dass er über die erforderlichen individuellen Ressourcen verfügt, wird er eher geneigt sein, eine Veränderung des Rauchverhaltens in Betracht zu ziehen. Dazu gehört auch ein Rückblick auf bisherige Erfahrungen und Erfolge im Umgang mit anderen schwierigen Situationen.

Das kann mittels offener Fragen oder bestätigender Äußerungen des Betreuers/Therapeuten geschehen:

„Haben Sie sich früher schon einmal zu einer Veränderung von Dingen in Ihrem Leben entschlossen und diese erfolgreich umgesetzt? Welche Erfolge haben Sie damit erzielt?“

„Wie sind Sie dabei vorgegangen?“

„Das war sicher nicht ganz einfach. Was gab es dabei für Schwierigkeiten, und wie sind Sie damit umgegangen?“

„Welche Stärken haben Sie, die Ihnen dabei helfen könnten, mit dem Rauchen aufzuhören? Wer könnte Sie dabei unterstützen?“

„Sie haben in der Vergangenheit schon manche schwierigen Hindernisse überwunden. Solche Erfahrungen können

auch jetzt dabei helfen, erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören.“

Verschiedene Optionen aufzeigen, Wahlmöglichkeiten lassen

Ratschläge sollten in dieser Kurzintervention eher sparsam eingesetzt werden. Statt eine einzelne Strategie vorzuschlagen („Versuchen Sie doch, nach dem Essen einen zuckerfreien Kaugummi zu kauen, statt eine Zigarette zu rauchen“), ist es meist besser, verschiedene Optionen aufzuzeigen und den rauchenden Mitarbeiter/Jugendlichen in seiner aktiven Rolle zu unterstützen, wenn er selbst nach einer Alternative oder Lösung sucht.

„Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich abzulenken.“

„Aus wissenschaftlichen Untersuchungen wissen wir, dass ...“

„Anderen Rauchern in einer ganz ähnlichen Situation hat es geholfen, wenn sie ...“

Typischer Tag

Zum Einstieg in ein Gespräch über das Rauchverhalten kann der rauchende Mitarbeiter/Jugendliche aufgefordert werden, einen typischen Tag zu schildern.

„Um Sie besser zu verstehen, würde ich gerne etwas über Ihren Alltag erfahren. Könnten Sie mir vielleicht einmal schildern, wie Ihr Tag gestern oder vorgestern ausgesehen hat?“

„Und welche Rolle hat das Rauchen an diesem Tag gespielt?“

Wichtigkeitsrating

Diese Technik dient der genaueren Erfassung und Stärkung der Änderungsbereitschaft.

„Ich würde gerne erfahren, ob Sie in absehbarer Zeit etwas an Ihrem Rauchverhalten verändern wollen. Auf einer Skala von 1 bis 10, auf der 1 bedeutet ‚es ist gar nicht wichtig, mit dem Rauchen aufzuhören‘ und 10 bedeutet ‚extrem wichtig‘ – welchen Wert würden Sie sich im Moment selbst geben?“

„Wie kommt es, dass Sie (Wert einfügen) und nicht eins oder zwei angegeben haben?“

„Was müsste passieren, damit sich Ihre Motivationsstärke von (Wert eingeben) auf (Wert eingeben) erhöht?“

Es ist nicht unbedingt notwendig, eine Zahlenskala zu verwenden. Es geht darum zu wissen, wie wichtig und dringlich ein Ausstieg für den Betreffenden ist, um ihn von diesem Level aus zu weiteren Schritten zu beraten.

Vor- und Nachteilsliste

„Was mögen Sie, was finden Sie gut am Rauchen?“

Wenn der Mitarbeiter/Jugendliche seine Vorteile aufgezählt hat, kann der Betreuer/Therapeut die wichtigsten noch einmal kurz wiederholen und sich nach weiteren Pluspunkten erkundigen.

Danach erst werden die Nachteile bzw. das „nicht so Gute“ betrachtet:

„Gibt es auch etwas, was Sie nicht mögen, was Sie nicht gut finden am Rauchen?“

Anschließend sollte der Betreuer/Therapeut beide Aspekte noch einmal zusammenfassen und zur Vertiefung nachfragen:

„Wie hört sich das jetzt an für Sie, was denken Sie darüber?“

Zuversichtsrating

Diese Technik dient der genaueren Erfassung und Stärkung der Änderungskompetenz.

„Wenn Sie sich jetzt entscheiden würden, mit dem Rauchen aufzuhören – wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie es schaffen würden? Auf einer Skala von 1 bis 10, auf der 1 bedeutet ‚überhaupt nicht zuversichtlich, es zu schaffen‘ und 10 bedeutet ‚100-prozentig zuversichtlich, aufhören zu können und Nichtraucher zu bleiben‘ – welchen Wert würden Sie sich im Moment selbst geben?“

„Wie kommt es, dass Sie (Wert einfügen) und nicht eins oder zwei angegeben haben?“

Die Erfolgszuversicht kann noch weiter exploriert werden:

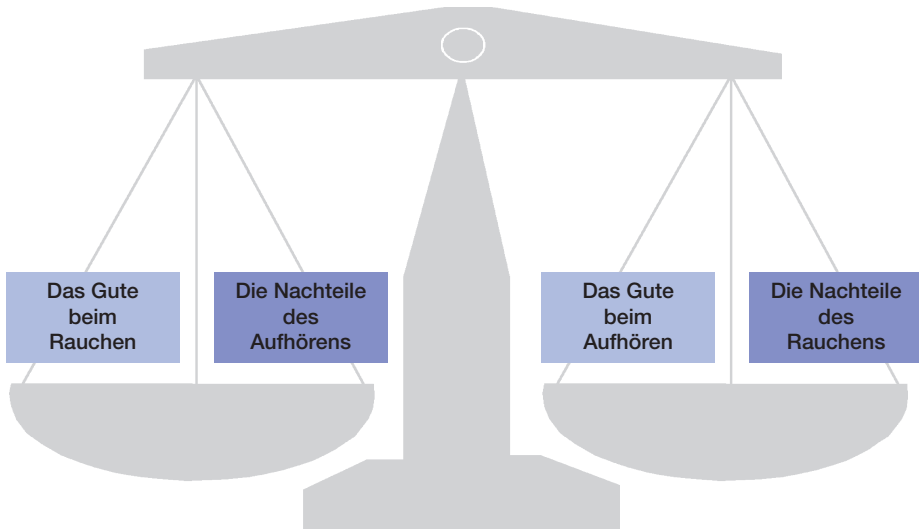
„Was müsste passieren, damit sich Ihre Erfolgszuversicht von fünf auf acht oder sogar neun erhöht?“

„Wie könnte ich dazu beitragen, dass sich Ihre Erfolgszuversicht von fünf auf acht oder neun erhöht?“

Auch beim Zuversichtsrating muss nicht notwendigerweise eine Zahlenskala verwandt werden. Hier geht es darum zu wissen, wie zuversichtlich ein rauchender Mitarbeiter/Jugendlicher ist, einen Ausstieg umsetzen zu können.

Kosten-Nutzen-Analyse oder Waage der Entscheidung

Die Kosten-Nutzen-Analyse besteht darin, die Dinge, die der rauchende Mitarbeiter/Jugendliche besonders gut findet, den Dingen, die er besonders ungünstig findet, gegenüberzustellen und darauf aufbauend eine „Waage der Entscheidung“ zu erstellen.



In der „Waage der Entscheidung“ sind alle relevanten Informationen zur persönlichen Motivation zusammengefasst:

- Die Vorteile der gegenwärtigen Situation als Raucher
- Die Nachteile der gegenwärtigen Situation als Raucher
- Die Vorteile einer Veränderung der gegenwärtigen Situation (Nichtraucher werden)
- Die Nachteile einer Veränderung der gegenwärtigen Situation (Nichtraucher werden)

Auf der linken Seite der Waage finden sich die Argumente, die gegen eine Veränderung sprechen. Auf der rechten Seite finden sich die Motive, die für eine Veränderung in Richtung Rauchstopp sprechen.

Beispiele für Äußerungen zu den Vorteilen des Rauchens:

„Ich habe das Gefühl, dass das Rauchen mir in schwierigen Situationen hilft.“

„Die besten Ideen kommen mir, wenn ich ganz in Ruhe eine Zigarette rauche.“

„Eigentlich schmecken die Zigaretten wirklich gut!“

Beispiele für Äußerungen zu den Nachteilen des Rauchens:

„Es ärgert mich schon manchmal, wenn ich wieder zum Automaten rennen muss, weil die Packung alle ist.“

„Ich habe mir schon Sorgen gemacht, dass meine Kinder auch mit dem Rauchen anfangen.“

„Es ist lästig, alle Stunde rausgehen zu müssen, um eine Zigarette zu rauchen.“

Beispiele für Äußerungen zu den Nachteilen des Aufhörens:

„Ich glaube nicht, dass ich genug Willenskraft habe, um aufzuhören.“

„Ich habe mir das Aufhören ernsthaft überlegt, aber ich habe solche Angst zuzunehmen und dick zu werden.“

Beispiele für Äußerungen zu den Vorteilen des Aufhörens:

„Wenn ich mir vorstelle, was ich mit dem Geld alles machen könnte, das ich für Zigaretten ausbe.“

„Ich glaube, dass dieser Husten am Morgen verschwinden würde, wenn ich nicht mehr rauche.“

„Einfach sitzen zu bleiben nach dem Essen und nicht schnell eine Zigarette rauchen zu müssen – da freue ich mich drauf.“

Veränderungsplan

Der Veränderungsplan identifiziert Hochrisikosituationen und bietet Lösungen oder Alternativen. Dabei werden mehrere Optionen angeboten oder Ideen gesammelt, aus denen der Mitarbeiter/Jugendliche auswählen kann.

Erfahrungen aus vergangenen Teilerfolgen oder anderen erfolgreichen Änderungen können herangezogen werden:

„Können Sie einige Situationen beschreiben, in denen das Rauchverhalten sehr stark ist und es Ihnen besonders schwer fallen kann, Ihren Plan durchzuhalten?“

„Was können Sie tun, um nach dem Essen nicht so stark in Versuchung zu geraten?“

„Sie haben ja in der Vergangenheit schon einmal erfolgreich aufgehört. Wie haben Sie das gemacht?“

„Wann haben Sie sich schon einmal zu einer Veränderung entschlossen und diese umgesetzt? Was gab es dabei für Hindernisse, und wie haben Sie diese überwunden?“

„Nun, es gibt ja mehrere Möglichkeiten: Sie könnten versuchen, gleich nach dem Essen aufzustehen und das Geschirr abzuräumen. Oder Sie benutzen einen Kaugummi oder ein Pfefferminz-

bonbon. Anderen Rauchern in einer vergleichbaren Situation hat geholfen, eine Nikotin-Lutschtablette oder einen Nikotinkaugummi zu verwenden. Oder die Mittagspause an einem anderen Ort zu verbringen, zumindest in der ersten Woche.“

9) Fallen und Fallstricke bei der Durchführung motivierender Kurzinterventionen

Die Motivierende Gesprächsführung lässt sich nicht auf bestimmte Techniken reduzieren, sondern gründet sich vielmehr auf einen charakteristischen Behandlungsstil, der erlernt werden muss. Nachfolgend sind einige systematische Behandlungsfehler aufgeführt, die in der Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung auftauchen können:

Die „Frage-Antwort-Falle“

„Wir sollten einmal das Rauchen ansprechen, das finden Sie doch auch, oder?“

„Finden Sie denn nicht auch, dass Sie zu viel rauchen?“

„Sind Sie denn ausreichend über die Gesundheitsgefahren des Rauchens informiert?“

Auch wenn diese Fragen wichtige Informationen beinhalten und auf den ersten Blick zielführend erscheinen mögen, so lassen sie dem rauchenden Mitarbeiter/Jugendlichen nur sehr eingeschränkte Antwortmöglichkeiten. Er wird in eine Rolle gedrängt, in der er kurze und einfache Antworten ohne großen Informationsgehalt gibt. In dieser Rollenverteilung bleibt für ihn kaum Spielraum, die eigene Motivation zu erkunden.

Diese Falle kann umgangen werden, indem die für die Kurzintervention wichti-

gen Informationen mittels eines vorab ausgehändigten Fragebogens (s. Kurzanamnese) erhoben werden.

Dann sollte darauf geachtet werden, dass nicht mehr als zwei, maximal drei offene Fragen hintereinander gestellt werden. Die Reaktion des Betreuers/Therapeuten auf die Aussagen des rauchenden Mitarbeiters/Jugendlichen sollten eher in einem verständnisvollen, aktiven Zuhören bestehen als in einer erneuten Fragestellung.

Diese Falle lässt sich gewöhnlich dadurch vermeiden, dass die Äußerung zunächst einmal reflektiert wird, bevor der Betreuer/Therapeut die nächste offene Frage stellt.

Die Falle „Einseitig Partei ergreifen“

Auch wenn es natürlich ist, dass ein Betreuer einem rauchenden Mitarbeiter/Jugendlichen einen baldigen Rauchstopp wünscht, so ist es für die Änderungsbereitschaft nicht förderlich, wenn er einseitig die Rolle des Advokaten für die Veränderung Richtung Rauchstopp ergreift. Dies fördert nämlich die Tendenz auf Seiten des rauchenden Mitarbeiters/Jugendlichen, seinen Ist-Zustand zu verteidigen und Argumente gegen eine Veränderung anzuführen.

Solange Betreuer/Therapeuten respektieren und akzeptieren, dass der rauchende Mitarbeiter/Jugendliche gute Gründe für sein Rauchverhalten hat und es nicht darum geht, ihn so schnell wie möglich zu kurieren, lässt sich diese Falle vermeiden.

Die Experten-Falle

Damit ist gemeint, dass der Betreuer/Therapeut mit seinem Wissen und seiner Erfahrung den Eindruck er-

wecken kann, das Problem des rauchenden Mitarbeiters/Jugendlichen schnell ausfindig gemacht und die Lösung auch gleich parat zu haben. Diese Haltung überlässt dem rauchenden Mitarbeiter/Jugendlichen nur eine passive und unterlegene Rolle. Auch wenn es im späteren Verlauf einer Kurzintervention einen Zeitpunkt gibt, zu dem die Expertenmeinung gefragt ist, sollte die Expertenrolle dem rauchenden Mitarbeiter/Jugendlichen zugestanden werden: Keiner weiß so gut wie er selbst darüber Bescheid, in welcher Lebenssituation er sich befindet, welche Ziele und welche Möglichkeiten er hat.

Kein noch so gut ausgebildeter Experte kann besser einschätzen, wie sich eine Veränderung auf die gesamte Lebenssituation eines Menschen auswirken wird, als dieser Mensch selbst.

Die Etiketten-Falle

„Nicht kooperativ“ oder „hochgradig abhängig“ stellen Etikettierungen dar, die für das Verständnis der Problematik eines rauchenden Mitarbeiters/Jugendlichen unnötig sind. Entscheidend ist, wie der rauchende Mitarbeiter/Jugendliche seine Situation selbst sieht. Wenn der rauchende Mitarbeiter/Jugendliche jedoch von sich aus die eigene Abhängigkeit zur Sprache bringt, um beispielsweise starkes Rauchverlangen oder gescheiterte Ausstiegsversuche in der Vergangenheit zu erklären, gibt es keine gewichtigen Gründe, dieser Selbsterkenntnis zu widersprechen.

Wer mit Motivierender Gesprächsführung arbeitet, sollte sich stets vor Augen halten, dass Diskussionen und Debatten über Etikettierungen bei diesem Ansatz keinen Platz haben und für den Fortgang der Behandlung weder notwendig noch dienlich sind.

10) Besondere Elemente motivierender Kurzintervention durch einen Arzt

(Anmerkung: Im Folgenden ist nicht mehr von rauchenden Mitarbeitern/Jugendlichen die Rede, sondern von Patienten. Dies entspricht eher einem ärztlichen Sprachgebrauch.)

Beratung bei Frühsymptomatiken und Folgeschäden – tabakrauchbedingte Folgeschäden

Raucher sind für einen ärztlichen Ratsschlag empfänglicher, wenn er an einen medizinischen Befund anknüpft (West et al. 2000). Folgende Symptome und Beschwerdebilder stehen häufig in einem engen Zusammenhang mit dem Rauchen und bieten sich als Beratungseinstieg an: Kurzatmigkeit, Durchblutungsstörungen, Erkältungen, Kopfschmerzen, Atemprobleme, Impotenz. Eine Aussicht auf unmittelbare Besserung der Beschwerden durch eine Veränderung des Rauchverhaltens kann für Patienten motivationsfördernd wirken.

Eine ausführliche Darstellung von Krankheitsbildern, die maßgeblich durch den Tabakkonsum hervorgerufen oder durch ihn ungünstig beeinflusst werden, findet sich in der Publikation: Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.): Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit. Heidelberg und Berlin 2005.

Studien zeigen, dass sich zwei von drei rauchenden Patienten in Hausarztpraxen in der Phase der Absichts- oder Sorglosigkeit, einer von vier in der Phase der Absichtsbildung oder Ambivalenz und nur etwa jeder 14. in der Phase der Vorbereitung auf einen Rauchstopp befinden. Allerdings konn-

te nachgewiesen werden, dass Motivation auch eine Frage des Angebotes ist: **Wenn in Hausarztpraxen gefragt wird, ob rauchende Patienten zu einem Rauchstopp bereit wären, wenn ihnen ein geeignetes Programm offeriert würde, antworten zwei Drittel mit ja. Auch haben 65% der Raucher bereits versucht, das Rauchen einzuschränken oder ganz einzustellen** (Hoch et al. 2004).

Im Rahmen der ärztlichen Kurzintervention wird der Einsatz eines CO-Messgeräts empfohlen.

Ein CO-Wert < 5 ppm gilt allgemein als Nachweis der Abstinenz. Ein durchschnittlicher Raucher mit einem Tageskonsum von etwa 20 Zigaretten erzielt einen CO-Wert von 15 bis 30 ppm, während Raucher mit einem hohen Zigarettenkonsum (mehr als 25 Zigaretten/Tag) CO-Werte von > 40 ppm erreichen (Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft 2001). Der Einsatz eines CO-Messgeräts in der Kurzintervention ist zu empfehlen, da die sofortige Rückmeldung motivierend wirken kann und zudem einen zusätzlichen Gesprächseinstieg bietet. Vergleiche des ermittelten CO-Gehaltes mit eingängigen CO-Befunden aus der Alltagswahrnehmung können zur Problemverdeutlichung beitragen (CO-Gehalt im Straßenverkehr u.a.).

Der bei der Anamnese ermittelte CO-Gehalt kann in dem Beratungsgespräch als Indikator der Schadstoffbelastung durch das Rauchen herangezogen werden. Auch bei eventuellen Folgekontakten empfiehlt sich die neuerliche CO-Messung, um den erfolgreichen Behandlungsverlauf und die Beseitigung der Schadstoffbelastung zu dokumentieren und dem Patienten zurückmelden zu können.

Auch Patienten ohne konkrete Ausstiegsabsicht können **nicht-wertende Informationen** über die persönlichen Risiken angeboten werden:

„Wäre es für Sie von Interesse, etwas über Ihre ganz persönlichen Risiken zu erfahren?“

Eine andere Möglichkeit besteht darin – falls eine CO-Messung erfolgte –, Rückmeldung zu den Daten aus der Kurzanamnese anzubieten:

„Sie haben vorhin in ein Messgerät gepustet, das die Konzentration von Kohlenmonoxid in Ihrer Atemluft misst. Damit wird die Schadstoffbelastung durch das Rauchen angezeigt. Nichtraucher haben einen Wert von 5 oder weniger, und ganz starke Raucher mit etwa zwei Schachteln pro Tag können Werte über 40 erzielen. Sie haben einen Wert von XX ppm erreicht. Was meinen Sie zu diesem Wert?“

Wenn der Arzt bzw. Therapeut den Eindruck hat, dass ein Patient am Übergang von der Phase der Absichtsbildung zur Phase der Vorbereitung arbeitet, kann zu diesem Zeitpunkt ein passendes Ausstiegsprogramm angeboten und gemeinsam ein **Veränderungsplan** (s.o.) erstellt werden.

„Könnten Sie sich einen baldigen Rauchstopp vorstellen, wenn wir ein für Sie geeignetes Ausstiegsprogramm finden?“

Folgende Hinweise sprechen dafür, dass nun der geeignete Zeitpunkt gekommen ist, über eine konkrete Verhaltensänderung zu sprechen (nach Kremer 2000):

- Der Patient stellt weniger Fragen zur Problematik und äußert gehäuft selbst motivierende Ansichten.

- Nach dem Änderungsentschluss stellt sich eine spürbar entspannte und entlastete Stimmung ein.
- Es tauchen verstärkt Fragen zur Veränderung auf.
- Es überwiegt eine positive Zukunftsperspektive und die Bereitschaft, eine Veränderung auszuprobieren.

Bei Patienten, die noch keine konkrete Änderungsbereitschaft besitzen, wird das Erstgespräch meist nicht zu einem konkreten Veränderungsplan führen. Dessen ungeachtet ist auch der erste Schritt, sich bewusster mit dem Zigaretten- oder Tabakkonsum auseinander zu setzen, eine wichtige Etappe.

Unbedingt zu beachten ist dabei, dass der Patient das Tempo und die Richtung der Veränderung bestimmt.

Als Arzt bzw. Therapeut sollten Sie die Vorwärtsbewegung unterstützen und auch die vermeintlichen Umwege begleiten. Machen Sie deutlich, dass Sie ein „unbefristetes Hilfsangebot“ aufrechterhalten wollen:

„Im Moment fällt es Ihnen schwer, sich weitere Gedanken über eine Veränderung zu machen. Das muss nicht so bleiben. Sollen wir es zunächst einmal dabei belassen?“

Wenn der Patient bereits an einer tabakassoziierten Erkrankung leidet, kann der Sorge wegen der gesundheitlichen Gefährdung Ausdruck verliehen werden, aber keinesfalls sollte eine Weiterbehandlung von der Änderungsabsicht des Patienten abhängig gemacht werden.

„Ich will ehrlich zu Ihnen sein und Ihnen sagen, dass es mir Sorgen bereitet, wenn Sie weiterrauchen. Wahrscheinlich können wir auch ein für Sie geeig-

netes Ausstiegsprogramm finden, und ich stehe gerne zur Verfügung, wenn Sie glauben, dass der richtige Zeitpunkt gekommen ist, um etwas zu ändern.“

Schließlich kann der Arzt bzw. Therapeut dem Patienten eine aktuelle Broschüre (s. z.B. Medienangebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) anbieten:

„Manchmal ergeben sich im Nachhinein noch Fragen zu Dingen, über die wir jetzt gar nicht gesprochen haben. Auf die meisten Fragen kann Ihnen eine Broschüre eine Antwort geben, die ich Ihnen einfach gerne mit nach Hause geben würde. Was halten Sie davon?“

Achtung: Ein Mehr an Behandlung oder Engagement ist nicht immer die bessere Behandlung!

Eine höhere Intensität der Behandlung bringt bei Absichtslosen keine besseren Resultate, sondern kann den Widerstand gegen eine Verhaltensänderung noch verstärken. Absichtslose können nicht zu einer Verhaltensänderung gebracht werden, aber dabei unterstützt werden, sich zu einem Schritt in Richtung Absichtsbildung zu motivieren.

25. Der Anti-Rauchkurs – Pädagogische Intervention für rauchende Jugendliche²²

Im Gegensatz zu Entwöhnungsangeboten ist der Anti-Rauchkurs für rauchende Jugendliche eine auf das Setting der Jugendhilfe angepasste, praktikable und mit Erfolg umsetzbare Inter-

vention, die an der Zielsetzung mitwirkt, Jugendeinrichtungen als rauchfreie Lebenswelt für Jugendliche zu gestalten.

Die Fortbildung soll Mitarbeiter/innen der Jugendhilfe auf die Durchführung von Anti-Rauchkursen vorbereiten. Es werden Kompetenzen vermittelt, den Anti-Rauchkurs selbstständig in der eigenen Einrichtung anzubieten und durchzuführen.

In Jugendhilfeeinrichtungen, die verbindliche Regeln zum Rauchen beschlossen haben, halten sich nicht gleich alle Jugendlichen an die Vorgaben. Viele haben Probleme damit. Für diese Jugendlichen kann der Anti-Rauchkurs als verpflichtende oder auch freiwillige Maßnahme eingeführt werden.

Vorrangige Ziele des Anti-Rauchkurses sind die Förderung der Auseinandersetzung der Jugendlichen mit dem eigenen Rauchverhalten und die Förderung der Bereitschaft, die Regeln zum Nichtrauchen einzuhalten. Der generelle Ausstieg der Jugendlichen aus dem Rauchen ist nicht das primäre Ziel. Durch die angebotenen Informationen und die Gespräche zum Thema Rauchen sollen die Jugendlichen allerdings zu einem Ausstieg aus dem Tabakkonsum bzw. zu einer Reduzierung der Konsummenge motiviert werden.

Der Anti-Rauchkurs bietet den Jugendlichen gleichzeitig die Gelegenheit, ihr Rauchverhalten zu überprüfen und eine verantwortliche Haltung zum Rauchen zu entwickeln.

Die bisher gesammelten Erfahrungen deuten darauf hin, dass Jugendliche, die den Anti-Rauchkurs absolviert ha-

22 Rakete Konzept GbR, Wartburgstraße 18, 10825 Berlin

ben, kaum noch gegen die Rauchverbote verstoßen. Außerdem hat sich gezeigt, dass in Einrichtungen/Schulen, in denen der Kurs wiederholt durchgeführt wurde, rauchende Jugendliche auch freiwillig den Kurs aufsuchen.

Als Arbeitsgrundlage in der Praxis dient den Mitarbeitern/innen, die den Kurs durchführen, das „Curriculum Anti-Rauchkurs“, das zwar für das Setting Schule konzipiert wurde, aber für die Seminarplanung auch gut in der Jugendhilfe verwendet werden kann.

Der Kurs, der aus 6 bis 8 Sitzungen im wöchentlichen Turnus besteht, wird von Pädagogen/innen der Jugendhilfeeinrichtungen oder externen Fachkräften (Fachstellen für Suchtprävention, Suchtberatungsstellen) durchgeführt werden. Die Inhalte des Kurses betreffen die Analyse des eigenen Zigarettenkonsums (Abhängigkeit, Motive, Situationen), die Vermittlung grundlegender Informationen zum Thema Rauchen, das Reflektieren der Vor- und Nachteile des Rauchens und die Vereinbarung persönlicher Zielsetzungen mit jeder Teilnehmerin und jedem Teilnehmer. Minimalziel ist die Einhaltung der Rauchverbote in der Einrichtung. Die Umsetzung der Verhaltensänderung wird durch Tipps und Hinweise unterstützt und begleitet. Für jedes Seminar werden eine oder mehrere Übungen empfohlen, die dem Kennenlernen, der Auflockerung oder der Selbstreflexion der Teilnehmer/innen dienen.

Das Material kann bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter www.bzga.de bezogen werden.

26. Vereinbarung zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

Dienstvereinbarung zwischen dem LWL-Direktor und dem Gesamtpersonalrat

Präambel

Die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und der Mitarbeiter ist für die Leitungen und Personalvertretungen des LWL von grundsätzlicher Bedeutung. Ferner gehört der Erhalt der Gesundheit und die Förderung von gesundheitspolitischen Maßnahmen – insbesondere die Förderung des Nichtrauchens am Arbeitsplatz – für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des LWL zur Fürsorgepflicht der Leitungen aller LWL-Einrichtungen und entspricht auch dem Interesse der jeweiligen Personalvertretungen.

Denn mittlerweile ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass Rauchen von Tabakwaren nicht nur die eigene Gesundheit gefährdet, sondern durch das sogenannte Passivrauchen auch die Gesundheit der Nichtraucherinnen/Nichtraucher massiv beeinträchtigt wird:

- Tabakrauch ist der bedeutendste und gefährlichste vermeidbare Innenraumschadstoff und die führende Ursache von Luftverschmutzung in Innenräumen, in denen geraucht wird.
- Tabakrauch enthält über 4800 verschiedene Substanzen. Bei über 70 dieser Substanzen ist nachgewiesen, dass sie krebserregend sind oder im Verdacht stehen, Krebs zu erzeugen.
- Die chemische Zusammensetzung von Passivrauch gleicht qualitativ der des Tabakrauchs, den Raucherinnen/Raucher inhalieren.

- Tabakfeinstaubpartikel lagern sich an Wänden, Decken, Böden und Gegenständen ab und werden von dort weiter emittiert. Innenräume, in denen Rauchen erlaubt ist, stellen somit eine kontinuierliche Expositionsquelle für die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe dar, selbst wenn dort aktuell nicht geraucht wird.
- Auch „kalter“ Tabakrauch gefährdet die Gesundheit.
- Lüftungstechnische Anlagen schützen nicht wirksam vor den o.g. Tabakschadstoffen.
- Lt. einer Umfrage zum Tabakkonsum beim LWL aus dem Jahr 1999 gaben 57% der nichtrauchenden und 19% der rauchenden Beschäftigten an, sich durch das Rauchen belästigt bis manchmal belästigt zu fühlen.

(Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Band 5, „Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, 2005 + Broschüre „Tabakentwöhnung“ des LWL, 2004, S. 6)

So ist es Leitgedanke der Vertragsparteien, dass die Gesundheit der Beschäftigten beim LWL Vorrang hat.

Gerade in diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, nochmals auf die besondere Verantwortung bzw. Vorbildfunktion aller LWL-Führungskräfte hinzuweisen.

Zukünftig muss deshalb als selbstverständlich angesehen werden, dass Führungskräfte auch in diesem Bereich der Mitarbeiter-/Mitarbeiterinnenführung sich ihrer Fürsorgeverpflichtung bzw. ihres Gesundheitsauftrages bewusst werden und für die Umsetzung dieser Vereinbarung sorgen.

Aus diesen Gründen schließen der LWL-Direktor und der Gesamtpersonalrat folgende Vereinbarung:

§ 1

Ab dem 1. Oktober 2007 ist allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LWL das Rauchen in den Diensträumen untersagt.

Diese Regelung gilt auch für Kantinen, Aufenthalts- und Pausenräume, für Aufzüge, Sanitär- und Flurbereiche. Des Weiteren gilt dies auch für sämtliche LWL-Dienstfahrzeuge.

§ 2

Darüber hinaus sollen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in den Einrichtungen der Jugendhilfe aufgrund ihres Erziehungsauftrages und ihrer besonderen Vorbildfunktion ebenfalls auf dem gesamten Gelände ihrer Einrichtung nicht rauchen.

§ 3

Ausnahmeregelungen für die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Psychiatrie-Verbundes und der LWL-Maßregelvollzugskliniken sind wegen der besonderen Belange der Patientinnen/Patienten und der Bewohnerinnen/Bewohner vor Ort zwischen Betriebsleitungen und den örtlichen Personalvertretungen zu treffen.

Aufgrund der besonderen Situation im LWL-PsychiatrieVerbund und in den LWL-Maßregelvollzugskliniken darf dort nur in speziell ausgewiesenen Räumen geraucht werden. Zum Schutz der nichtrauchenden LWL-Beschäftigten sollen auch die Patientinnen/Patienten nur in diesen Räumen rauchen dürfen.

§ 4

Die betriebliche Beratungsstelle für Sucht- und psychosoziale Fragen und die jeweiligen örtlichen Suchtbeauftragten fördern den Nichtraucherschutz für den gesamten LWL, indem sie z.B. regelmäßige Nichtraucherkurse durch-

führen, individuelle Beratungen anbieten und durch sonstige öffentlichkeitswirksame Aktivitäten über die Risiken des Rauchens informieren.

§ 5

Nach der Arbeitsstättenverordnung vom 3.10.2002 hat der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch zu schützen. (§ 3a Abs 1 ArbStättV)

Des Weiteren sind die Beschäftigten verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Entsprechend haben die Beschäftigten auch für die Sicherheit und Gesundheit der Personen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind. (§ 15 ArbSchG)

§ 6

Diese Vereinbarung ist für alle Beschäftigten des LWL verbindlich. Bei Nichtbeachtung hat jede/r Mitarbeiterin/Mitarbeiter – auch Führungskräfte – mit disziplinar- bzw. arbeitsrechtlichen Maßnahmen analog den Gesprächsphasen der DV Sucht zu rechnen.

Verantwortlich für die Bekanntgabe, inhaltliche Vermittlung und Umsetzung dieser Vereinbarung sind alle Führungskräfte im LWL.

§ 7

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 2007 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Nach Kündigung der Dienstvereinbarung gelten die Regelungen bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.

Nach einer Erprobungs- und Erfahrungszeit von einem Jahr nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung wird zwischen Verwaltung und Gesamtpersonalrat die Frage, ob zukünftig eine Zeiterfassung von sog. Raucherpausen erfolgen soll, umgehend verhandelt und ggf. die Dienstvereinbarung entsprechend ergänzt.

Durch diese Vereinbarung wird die Vereinbarung „Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe“ vom 8. Februar 2006 aufgehoben.

Soweit einzelne Regelungen der Dienstvereinbarung aufgrund anderweitiger rechtlicher Regelungen unwirksam oder angreifbar sein sollten, wird die Wirksamkeit der Dienstvereinbarung im Übrigen hierdurch nicht berührt.

Für Änderungen, Vereinbarungen oder sonstige Erklärungen zu dieser Dienstvereinbarung gilt das Schriftformerfordernis.

Münster, den 31.8.2007

Dr. Wolfgang Kirsch

Direktor des Landschaftsverbandes
Westfalen-Lippe

Dr. Baur

Erster Landesrat
Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Salentin

Vorsitzende
Gesamtpersonalrat