

Expertise:

Aktuelle Bestandsaufnahme zur Tabakentwöhnung bei jugendlichen Raucherinnen und Rauchern

vorgelegt am 17.03.2006 von

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

Inhaltsverzeichnis

Abstract

1. Hintergrund und Epidemiologie des Rauchens bei Jugendlichen
2. Tabakentwöhnung bei Jugendlichen: Hindernisse und Herausforderungen
3. Nationaler und internationaler Stand der Forschung
 - 3.1. Medikamentöse Therapien bei rauchenden Jugendlichen
 - 3.2. Therapieziel Reduktion
4. Darstellung eines Fragebogens zur Erfassung der zentralen Eckpunkte von Entwöhnungsangeboten (mit einem Schwerpunkt auf Gruppenprogrammen)
5. Gruppenprogramme für jugendliche Raucherinnen und Raucher in Deutschland
 - 5.1. „Just4U: don't smoke - be free“
 - 5.2. „Willst du auch keine?“ Das Würzburger Raucherausstiegsprogramm für Jugendliche ab 16
 - 5.3. „Dein Stil – rauchfrei“ Nichtraucherkurs für Jugendliche im Alter zwischen 13 und 17 Jahren
 - 5.4. „...UND TSCHÜSS: Der Kurs zum Rauchstopp für Jugendliche“
 - 5.5. „Nürnberger Tabakentwöhnungsprogramm“ (Jugendprogramm noch namenlos)
 - 5.6. „Just be smokefree“
 - 5.7. „rauch-frei.info: Internetangebot zum Nichtrauchen für Jugendliche (BZgA)“
 - 5.8. „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule – Ein Leitfaden für Pädagogen zum Umgang mit dem Rauchen: Der Ausstiegskurs für rauchende Schüler, S. 97 – 120 (BZgA)“
 - 5.9. Andere Programme ohne eine spezifische Ausrichtung auf Jugendliche
 - 5.9.1. „Nichtraucher in sechs Wochen“
 - 5.9.2. „Eine Chance für Raucher - Rauchfrei in 10 Schritten“
6. Tabakentwöhnung bei Jugendlichen konkret - Modelle internationaler Praxis
 - 6.1. „NOT“
 - 6.2. „Project EX“
7. Auswertung der Befragung unter Berücksichtigung der relevanten Kursmerkmale (Umfang, zeitliche Organisation..) und – Inhalte (Wirkprinzipien, theoretischer Hintergrund)
8. Empfehlungen und Ausblick

Literatur

Anhang

Der Einfachheit wegen verzichtet diese Expertise auf die durchgängig korrekte Nennung der weiblichen und männlichen und Form. Natürlich sind in der Regel beide Geschlechter angesprochen.

Abstract:

Obwohl rauchende Jugendliche als wichtige Kernzielgruppe für Tabakentwöhnung betrachtet werden, liegen nach nationalen und internationalen Leitlinien bislang noch keine überzeugenden risikogruppenspezifischen Strategien zur Motivation und psychotherapeutischen Behandlung von jugendlichen Rauchern vor. Der internationale Stand der Forschung wird vorgestellt und aktuelle Diskussionen um Therapieziele und den Einsatz medikamentöser Therapien werden referiert. Mittels eines halbstrukturierten Telefon-Interviews wurden zehn nationale Tabakentwöhnungsangebote zu wesentlichen formalen Merkmalen und Inhalten befragt. Zusätzlich werden zwei aktuelle Behandlungsmaßnahmen aus dem angelsächsischen Raum vorgestellt, die konsistente Wirksamkeitsnachweise vorlegen konnten.

In Anbetracht der Bedeutung und Schwere des Problems erscheint ein multimodaler Ansatz mit verschiedenen Formaten (ärztliche Grundversorgung, Internet, Gruppenformat) auf vielen Ebenen (Schule, Gemeinde, Jugend- und Gesundheitseinrichtungen) und ausreichend langer Laufzeit notwendig. Ein Entwurf für ein solch umfassendes Versorgungskonzept wird skizziert.

1. Hintergrund und Epidemiologie des Rauchens bei Jugendlichen

Die Mehrzahl der erwachsenen Raucher hat vor dem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen. Kinder und Jugendliche fangen an zu rauchen, ohne die suchterzeugende Wirkung von Nikotin zu kennen. Das Kontinuum jugendlichen Rauchverhaltens verläuft in den Stadien Vorbereitung, Experimentierphase, regelmäßiges Rauchen bis zur Tabakabhängigkeit. Wie viele Beispiele zeigen, durchlaufen Jugendliche die Stadien von der ersten Zigarette bis zur Ausbildung starker Nikotinabhängigkeit innerhalb eines Jahres oder noch schneller. Wenn ein Jugendlicher Phänomene der eigenen Abhängigkeit realisiert (Entzugssymptome, Kontrollminderung), fällt es ihm in der Regel bereits schwer, mit dem Rauchen aufzuhören. Zusätzlich kann der soziale Druck, dem Jugendliche häufig ausgesetzt sind, den Rauchstopp weiter erschweren. Deshalb bedarf es für Jugendliche sowohl primärpräventiver Programme zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen (z.B. an Schulen) als auch zielgruppenadaptierter Angebote zur Tabakentwöhnung für bereits rauchende Jugendliche (WHO, Koalition gegen das Rauchen 1999).

Das durchschnittliche Einstiegsalter liegt nach der von der WHO unterstützten internationalen Studie „Health Behaviour in School Aged Children“ (HBSC) bei 11,6 Jahren. Bei einer in Hamburg durchgeführten Befragung im Rahmen des Projektes SchulBUS lag das Einstiegsalter der jugendlichen Raucher bei 12,4 Jahren. Tabak kann als die Einstiegsdroge angesehen werden. So finden sich unter den Nierauchern nur 8% mit Cannabiserfahrung, während es bei den Ex-Rauchern 18% und bei den täglichen Rauchern sogar 28% sind (Levinsohn et al. 1999).

Die in den letzten Jahren in Deutschland durchgeführten Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen zeigen erste Erfolge. Dies bestätigen die Ergebnisse bundesweiter Repräsentativerhebungen der BZgA zum Rauchverhalten Jugendlicher. Nach einem Anstieg in den neunziger Jahren ist seit 2001 ein Rückgang im Zigarettenkonsum Jugendlicher zu verzeichnen. So ist die Raucherquote bei den 12- bis 17-Jährigen von 28 Prozent im Jahre 2001 auf 20 Prozent im Jahr 2005 gesunken, was einem Rückgang um 28,5% Prozent entspricht. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der Nie- Raucher bei den 12- bis 15-Jährigen von 48 Prozent auf 62 Prozent im Jahr 2005 gestiegen. Hier scheinen v. a. die gesetzgeberischen Maßnahmen (Tabaksteuererhöhung) erste Erfolge zu erzielen.

Durch aktuelle Projekte zur Etablierung von rauchfreien Schulen wird die die Notwendigkeit deutlich, diese verhältnispräventive Maßnahme durch verhaltenspräventive Angebote zu ergänzen und attraktive, zielgruppenspezifische und dadurch möglichst stark nachgefragte und effektive Ausstiegshilfen für rauchende Jugendliche zur Verfügung zu stellen (Kröger & Piontek 2005).

2. Tabakentwöhnung bei Jugendlichen: Hindernisse und Herausforderungen

In der Praxis der Tabakentwöhnung bei Jugendlichen bestehen nach Einschätzung des Autors folgende Haupthindernisse:

- Unklare Ausstiegsmotivation (jugendliche Raucherinnen und Raucher wollen beides: Weiterrauen und damit aufhören)
- Über- oder Unterschätzung der eigenen Veränderungskompetenz (darin unterscheiden Jugendliche sich nicht wesentlich von erwachsenen Rauchern)
- mangelnde soziale Unterstützung (die wichtigen Bezugspersonen rauchen selbst oder verfügen nicht über die notwendigen Hilfspotentiale)
- Präferenz für suboptimale Ausstiegsmethoden (die Methode „my way“: der Ausstieg soll zu einem passenden Zeitpunkt ganz aus eigener Kraft und ohne Vorbereitung bzw. Planung erfolgen)
- Tabakabhängigkeit (pharmakologisch und psychisch)

Erschwerend kommt in Deutschland die hohe Rauchprävalenz bei Erwachsenen hinzu: Solange rauchende Jugendliche überall mit rauchenden erwachsenen Modellen konfrontiert werden, fällt es ihnen verständlicherweise schwer, die Notwendigkeit einer Veränderung des eigenen Raucherverhaltens hinreichend ernst zu nehmen. Des Weiteren stellt die nach wie vor recht rauchfreundliche soziale Norm ein Hindernis dar, auch wenn diese insbesondere durch die Diskussion der Folgeschäden durch Passivrauchen in Bewegung zu geraten scheint (DKFZ, 2005). Schließlich soll nicht außer acht gelassen werden, dass mangelndes Wissen und fehlender Konsens zu wirksamen Methoden bei den Gesundheitsberufen (z.B. Hoch et al. 2004) mit dafür verantwortlich sind, dass rauchende Jugendliche in der ärztlichen Grundversorgung nicht zumindest eine Kurzintervention angeboten bekommen.

Wie weit das Abhängigkeits-Kriterium „Kontrollminderung“ reicht, das in der ICD-10 beschrieben ist als „eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums“ (Dilling et al. 2005), wird anhand einer Erhebung an Jugendlichen aus Kalifornien deutlich: Nur fünf Prozent jugendlicher Raucher wollten in fünf Jahren noch rauchen; tatsächlich aber haben 75% dieser Jugendlichen acht Jahre später - dann quasi als Erwachsene - immer noch geraucht (Sussman 1998)!

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass Jugendliche professionellen Ausstiegsangeboten sehr skeptisch gegenüber stehen: Nach einer Untersuchung von Leatherdale & McDonald (2005) wollen 85% der Jugendlichen, die täglich rauchen und entschlossen sind, mit dem Rauchen aufzuhören, dies ganz für sich alleine und ohne jegliche Unterstützung erreichen („my way“). Knapp ein Drittel würde immerhin noch den Rat von Freunden annehmen. Die Akzeptanz von Selbsthilfemethoden wie Broschüren (4,6%), Internet-Informationsseiten

(4,6%) oder – Chatrooms (1, 9%) ist hingegen außergewöhnlich gering. Persönliche professionelle Hilfe durch Lehrer, Berater oder schulische Betreuer kommt für 6,5% der Jugendlichen in Betracht, während immerhin 11,6% eine ärztliche Beratung annehmen würden. Eine kostenlose Telefonhotline würden nur 3,1% anrufen (Leatherdale & McDonald 2005).

Diese Befunde veranlassten die Autoren zu der Forderung, Jugendlichen die grundlegenden Fähigkeiten zu einer Verhaltensänderung zu vermitteln. Damit würde nicht nur die eigene Ausstiegskompetenz steigen, sondern auch die Effektivität gegenseitiger Ratschläge unter den Jugendlichen. In dieser Untersuchung wurde auch ein Dilemma deutlich, das die Nützlichkeit von Selbsthilfematerialien zumindest in Frage stellt: Jugendliche bevorzugen den Ausstieg auf eigene Faust, lehnen professionell angebotene Selbsthilfemethoden aber ab.

Worin liegt nun die besondere Herausforderung in der Tabakentwöhnung Jugendlicher? Zum einen besitzt Tabak bzw. Nikotin ein hohes Suchtpotential, das sich bei Jugendlichen insbesondere in Form einer schnellen Abhängigkeitsentwicklung bemerkbar macht: Ein Viertel der Jugendlichen im Alter von 12 bis 13 Jahren zeigte bereits nach vier Wochen gelegentlichen Rauchens Entzugssymptome wie Nervosität, Unruhe und Gereiztheit. Abhängigkeit beginnt oft, bevor täglich geraucht wird (DiFranza et al. 2000).

Abhängigkeit erschwert den Ausstieg: 51% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 12 und 25 Jahren haben den Wunsch, das Rauchen aufzugeben oder zumindest weniger zu rauchen. Bereits 62% dieser Altersgruppe haben bereits mindestens einmal versucht aufzuhören. Lediglich 2-3% schaffen dies jedoch ohne Hilfe (Heppekausen et al. 2001).

Die psychische Abhängigkeit lässt sich in der sog. Verhaltensanalyse abbilden (s. Abb. 1) und durch drei Sachverhalte charakterisieren:

1. die an bestimmte Auslösereize gebundene Verhaltensgewohnheit zu rauchen (z.B. wenn Freunde rauchen oder Getränke konsumiert werden).
2. das durch direkte, angenehme Folgen verstärkte Rauchverhalten (z. B. Stimulation oder Kontakt)
3. eine damit verknüpfte gedankliche Erwartungshaltung („jetzt eine zu rauchen wäre cool/fun“)

Aus psychologischer Sicht wird das Rauchverhalten als gelerntes Verhalten betrachtet, das in eine Verhaltenskette aus Auslöserreizen (S) → Verhalten (R) → und Konsequenzen (C) eingebunden ist. Auch die körperliche Abhängigkeit findet als überdauernde Organismusvariable (O) Eingang in die Verhaltensanalyse.

Im Laufe einer Raucherkarriere ist es durch Lernprozesse wie klassischer und operanter Konditionierung, Modelllernen sowie kognitivem Lernen zu einer starken Verfestigung des Rauchverhaltens gekommen:

Viele Situationen und Ereignisse, aber auch bestimmte körperliche Befindlichkeiten und seelische Stimmungen sowie bestimmte Erwartungen sind zu einem Signal geworden, eine Zigarette zu rauchen. Beim Rauchen stellen sich dann meist kurzfristige positive Konsequenzen wie Stimulation, Kontakt, gesteigerte Konzentrationsfähigkeit oder Stressreduktion ein. Insbesondere durch das Zusammenspiel pharmakologischer (Nikotin und seine psychotropen Effekte) und psychosozialer Faktoren wird das Rauchen verstärkt: sofortige positive Konsequenzen (z.B. Aktivierung/Entspannung), Vermeidung negativer Effekte wie Entzugssymptome und unerwünschter Gefühlslagen (Angst, Unsicherheit, Langeweile) sowie die starke Bindung an eine Vielzahl von Situationen und Tätigkeiten (Alkohol trinken, telefonieren, mit Gleichaltrigen kommunizieren) dienen als Verstärker für das Rauchen. Die kurzfristigen angenehmen Folgen (C+; € -) haben einen erheblich stärkeren Einfluss auf die Auftrenshäufigkeit eines Verhaltens als die mittel- und langfristigen, in diesem Fall negativen Konsequenzen wie gesundheitliche Auswirkungen und mögliche Spätfolgen – insbesondere bei rauchenden Jugendlichen. Unmittelbare negative Konsequenzen wie unreine Haut, Mundgeruch, eventuelle Wachstumsstörungen oder die Schädigung von anderen durch Passivrauch sind jedoch auch für Jugendliche relevant.

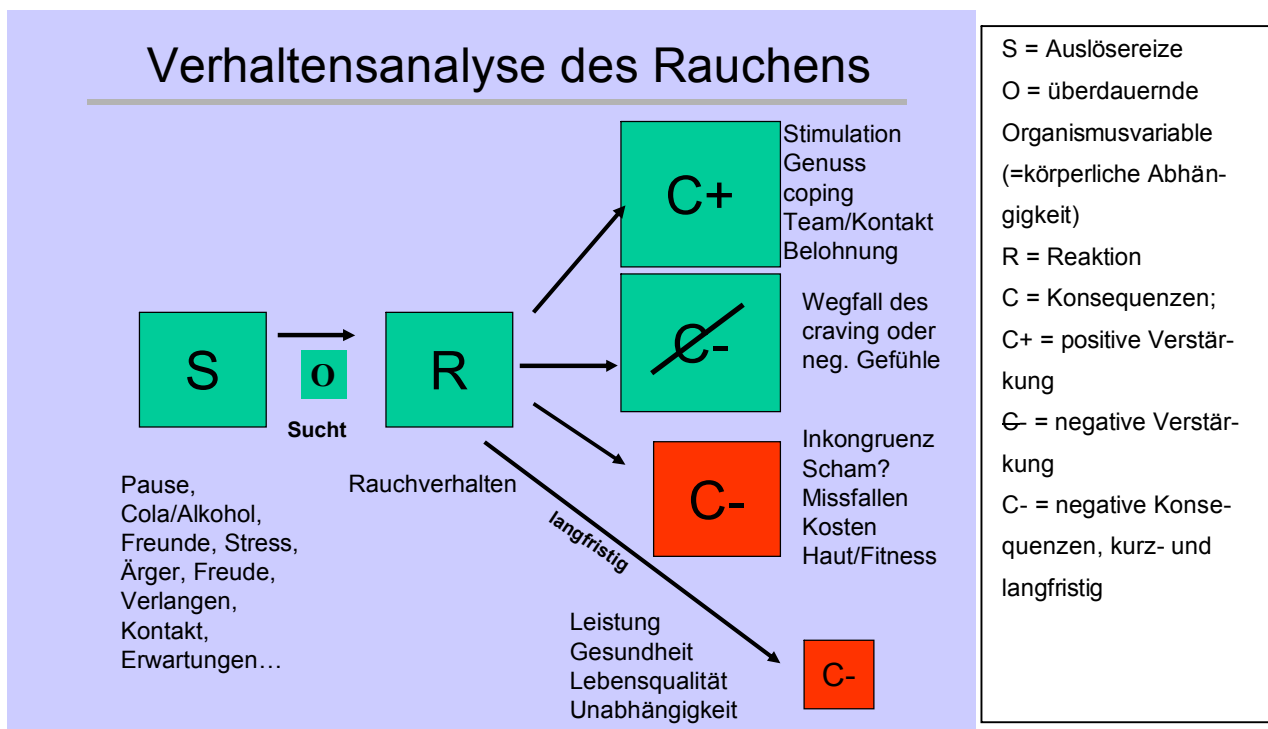


Abbildung 1: Verhaltensanalyse des Rauchens bei Jugendlichen

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass ein einfacher konkreter Ansatzpunkt fehlt: Für Prävention ist es bei rauchenden Jugendlichen bereits zu spät, der "Leidensdruck" ist noch nicht so stark und die gesundheitlichen Folgen bei jungen Rauchern noch nicht so ausgeprägt. Jugendliche Raucher haben somit andere Motive für eine Verhaltensänderung als

erwachsene Raucher (Heppekausen et al. 2001): Die wichtigsten Motive für einen Ausstiegs sind (in absteigender Bedeutung):

- hohe finanzielle Kosten
- weniger Kondition / Fitness
- gefährdet die Gesundheit
- es stinkt
- gesellschaftlicher Druck (z.B. Kritik von Eltern)
- blasse Haut / gelbe Finger/ unreine Haut
- macht süchtig

Durch verhältnispräventive Maßnahmen wie die Tabaksteuererhöhung (eine bedeutende negative Konsequenz, also ein C- in der Verhaltensanalyse) konnte ein Rückgang der Raucherquoten erzielt werden. Wahrscheinlich jedoch profitieren jugendliche Raucher mit ungünstiger Prognose (z.B. starke Abhängigkeit, geringe Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung) weniger von solchen Tabakkontrollmaßnahmen.

Vergegenwärtigt man sich zudem eine der Kernaussagen der US-amerikanischen Leitlinien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit, dass nämlich die Tabakabhängigkeit heutzutage immer mehr als chronische Krankheit verstanden wird, die üblicherweise einer permanenten Einschätzung und wiederholter Interventionen bedarf (Fiore et al, 2000), so wird deutlich, dass nur mit einem umfassenden Gesamtkonzept, das auf mehreren Ebenen ansetzt, mehrere Modalitäten beinhaltet und ausreichend lange Laufzeiten hat, Erfolge in nennenswertem Umfang zu erzielen sein werden.

3. Nationaler und internationaler Stand der Forschung

In der Tabakentwöhnung *allgemein* ist die nachhaltige Wirksamkeit der folgenden Strategien und Anwendungsformen vielfach unter Beweis gestellt worden:

- Kurzinterventionen
- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die telefonisch, individuell-persönlich oder in Gruppenprogrammen vermittelt werden können
- Nikotinersatztherapie und Bupropion als wirksame medikamentöse Therapien
- Die Kombination von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und medikamentösen Therapien als besonders effektive Kombinationsbehandlung

Darüber hinaus gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen der Intensität und der Effektivität einer Intervention – intensivere Maßnahmen sind effektiver als bloße Minimal- oder

Kurzinterventionen.

An kognitiv- verhaltenstherapeutischen Strategien werden in nationalen und internationalen Leitlinien zur Behandlung erwachsener Raucherinnen und Raucher (z.B. Batra et al. 2006) empfohlen:

Problemlöse- Training und Training von allgemeinem Bewältigungsverhalten	
Strategien	Beispiele
Basisinformationen Bereitstellen von Basiswissen zum Rauchen und erfolgreicher Entwöhnung	Dauer und Wesen des Entzugs Rauchen als Sucht Die Illusion der Kontrolle – z.B. „nur mal ein Zug“ erhöht die Rückfallgefahr enorm
Erkennen von individuellen Risikoprofilen Identifikation von äußeren Ereignissen, inneren Zuständen oder Aktivitäten, die möglicherweise die Gefahr vergrößern, wieder zu rauchen/ rückfällig zu werden	Unter Rauchern sein Unter Zeitdruck stehen In eine Auseinandersetzung geraten Verlangensattacken oder schlechte Laune haben Alkohol konsumieren
Bewältigungsverhalten Erkennen und Einüben von Bewältigungs- oder Problemlösestrategien Diese Fähigkeiten werden typischerweise zur Überwindung von gefährlichen Situationen eingesetzt	Lernen, Gefahrensituationen vorauszusehen und ihnen auszuweichen Erlernen von mentalen Strategien, um negative Stimmungen zu reduzieren Umsetzen eines gesunden Lebensstils, der Stress vermindert, Lebensqualität verstärkt und Lebensfreude fördert Mentale und verhaltensbezogene Aktivitäten erlernen, um die Aufmerksamkeit vom Rauchverlangen wegzuverlagern
Unterstützung innerhalb der Tabakentwöhnungsbehandlung	
Den Patienten (Jugendlichen) positiv verstärken und seine Selbstwirksamkeit fördern	Darauf hinweisen, dass jetzt effektive Entwöhnungsbehandlung zugänglich/ verfügbar ist Darauf hinweisen, dass etwa die Hälfte aller Personen, die je geraucht haben, inzwischen aufgehört haben Vermitteln, dass Sie daran glauben, dass der Patient (Jugendliche) es schaffen kann Fragen, was der Patient (Jugendliche) in Bezug auf den Rauchstopp empfindet Unmittelbare Anteilnahme und Bereitschaft zur Unterstützung ausdrücken Offen sein für Befürchtungen, Ängste, erlebte Schwierigkeiten und Ambivalenz
Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten fördern	Nachfragen: Ausstiegsgründe Schwierigkeiten beim Ausstieg Erzielte Erfolge Sorgen und Ängste rund ums Aufhören

Tabelle 1: Bestandteile effektiver kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen

Die Berücksichtigung des Gender-Aspektes ergibt etwas höhere Ausstiegchancen für Männer als für Frauen; zur Erklärung werden verschiedene Faktoren herangezogen (z.B. Collins

et al. 2004):

- die höhere Verbreitung von Depressionen bei Frauen
- die höhere Verbreitung von negativen Affekten und Stress bei Frauen
- stärkere Entzugssymptome bei Frauen
- geringere Wirksamkeit der Nikotinersatztherapie bei Frauen

Manche Frauen rauchen v. a. wegen der aufmunternden Wirkung. Das vertraute Ritual beim Rauchen, die Lust an der Handhabung der Zigarette und das Gemeinschaftserlebnis spielen bei Frauen eine größere Rolle als die pharmakologische Wirkung des Tabaks auf das Gehirn. So rauchen sie weniger Zigaretten pro Tag und erreichen geringere Abhängigkeitswerte.

Männer scheinen nach dem Rauchstopp über mehr Ablenkungsstrategien zu verfügen. Die Rückfallgefahr bei Frauen scheint auch vom Menstruationszyklus abhängig zu sein; so erleben Frauen in der zweiten Phase des Zyklus ein starkes Rauchverlangen und heftigere Entzugssymptome. Möglicherweise führt die ungünstige Befindlichkeit in dieser Zyklusphase in Kombination mit der zusätzlichen Belastung durch den Nikotinentzug häufiger zu einem Rückfall. Aus klinischen Studien liegen jedoch keine gesicherten Hinweise vor, dass bestimmte Ausstiegsmethoden bei Männern erfolgreicher sind als bei Frauen (BZgA, ohne Erscheinungsjahr).

Zur Effektivität von Interventionen für *Jugendliche* existieren mehrere angelsächsische Übersichtsarbeiten (Sussman, 2002, Mermelstein, 2003, McDonald et al., 2003). Mermelstein fasst die Ergebnisse zur Effektivität der Programme als „teilweise entmutigend“ zusammen: „When examined on an individual level, the results are somewhat discouraging“ (Mermelstein 2003, S 30).

In der Übersichtsarbeit von Sussman (2002) wurde aus 66 Studien eine durchschnittliche Abstinenzquote von 12% sechs Monate nach Behandlungsende ermittelt, in den jeweiligen Kontrollgruppen eine Quote von 7%.

McDonald et al. (2003) unterzogen die 20 methodisch besten Studien aus dem Sussman-Review einer genaueren inhaltlichen Analyse und kamen zu einem etwas optimistischeren Schluss: „9 Studies (2 of high validity and 7 of moderate validity) reported treatments that increased quit rates. The panel concluded that treatment to help adolescents quit smoking is promising“ (McDonald et al, 2003, S. S150). Insbesondere die Programme auf einer kognitiv-behavioralen Grundlage erscheinen vielversprechend.

Eine Beschränkung auf Psychoedukation und reine Wissensvermittlung erscheint nicht ausreichend, um eine nachhaltige Veränderung des Rauchverhaltens zu erzielen. Ebenso erscheint eine strenge Orientierung am transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung von

Prochaska und DiClemente (TTM, 1983) nicht zielführend und 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 geringe Bereitschaft zum Rauchstopp darauf beruht, dass eine starke Abhängigkeit oder eine geringe Erfolgszuversicht besteht, kann durch ein neues, effektives/ intensives Hilfsangebot auch bei vermeintlich „Unmotivierten“ viel erreicht werden (West, 2005). Motivation stellt zwar einen wichtigen Prädiktor für Teilnahme und Erfolgsaussichten sowie einen zentralen Schwerpunkt der Behandlung dar, stadienspezifische Interventionen konnten aber noch keine überzeugenden Ergebnisse erzielen. *„Many approaches, such as motivational enhancement and stage of change, may be regarded as highly related to a cognitive-behavioral approach, but whether these related models offer advantages beyond the basic techniques of cognitive-behavioral approaches remains to be determined.“* (McDonald et al, 2003, S. 155).

Zur Behandlung rauchender Jugendlichen stehen eine Reihe von Hilfsangeboten in verschiedenen Anwendungsformaten zur Verfügung. Das Angebot reicht von nicht- interaktiven Selbsthilfemethoden (Broschüren) über interaktive Internetseiten zur Selbsthilfe, individuelle Kurzinterventionen in Hausarzt- oder Jugendarztpraxen (Hoch et al., 2004, Horn in DKFZ & Bundesärztekammer 2005) bis zu Gruppenprogrammen (z.B. Heyn 2004).

Die Nutzungszahlen dieser Maßnahmen sind sehr unterschiedlich: So wurden beispielsweise mehr als 1,8 Millionen Exemplare der Schriften der BZgA („Let's talk about smoking!", „Stop Smoking – Boys", „Stop Smoking – Girls") abgegeben. Zum konkreten Nutzen für einen Rauchstopp und den daraus resultierenden Abstinenzzahlen lassen sich jedoch keine Aussagen treffen.

Die Fall- und Nutzungszahlen bei jugendspezifischen Gruppenprogrammen (s. 5.1 bis 5.5) sind bislang sehr klein, die damit erzielten Abstinenzquoten zumindest ermutigend.

Mit dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) herausgegeben Leitfaden „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule" steht ein umfassendes Manual zum Umgang mit dem Rauchen an Schulen (BZgA, 2003) zur Verfügung. Neben schulischen und klassenbezogenen Maßnahmen zum Umgang mit dem Rauchen (Regelungen zum Rauchen und Sanktionen bei Regelverletzungen) finden sich zwei Kurskonzepte mit Ausstiegshilfen für rauchende Schüler. Der Anti-Rauch-Kurs soll die Bereitschaft zur Verhaltensänderung (Konsumbeendigung oder –Reduktion) erhöhen. Der Ausstiegskurs richtet sich an veränderungsbereite Schüler, die in erster Linie konkrete Unterstützung beim Aufhören oder Reduzieren des Zigarettenkonsums benötigen (s. 5.8).

Die Empfehlungen zur Tabakentwöhnung rauchender Jugendlicher in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) bleiben eher allgemein und lauten wie folgt:

„Bislang konnten noch keine überzeugenden risikogruppenspezifischen Strategien zur Motivation und psychotherapeutischen Behandlung von jugendlichen Rauchern vorgelegt werden. Zum Einsatz kommen die gleichen therapeutischen Vorgehensweisen wie bei der Behandlung der erwachsenen Raucher. Derzeit existieren auch nur wenige Daten zum Einsatz von Nikotin bei Jugendlichen unter 18 Jahren (Hurt et al. 2000, Smith et al. 1996). Die Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Einsatz bei Jugendlichen zumindest sicher ist, wenngleich der Nachweis der Effektivität dieser Behandlungsform bei Jugendlichen noch nicht gelungen ist.

Vor dem Einsatz von Nikotin zur Behandlung der Tabakabhängigkeit bei Jugendlichen sollte die Schwere der Abhängigkeit erfasst werden, alternative Formen der Therapie untersucht werden und die Behandlung im Falle einer Verschreibung von Nikotinersatz sorgfältig überwacht werden (WHO 2001). Der Einsatz von Nikotinersatzpräparaten soll bei Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose und Unfähigkeit zur Abstinenz ohne medikamentöse Unterstützung unter ärztlicher Kontrolle erfolgen (Evidenzklasse IV, WHO 2001).“

3.1. Medikamentöse Therapien bei rauchenden Jugendlichen

Erfolgreiche Interventionen für Jugendliche beinhalten vielfach dieselben Aspekte und Prinzipien wie Programme für erwachsene Raucher, jedoch ist der Stellenwert von pharmakologischen Therapiebausteinen ein anderer: Milton et al. (2003) fassen die Indikation und den Stand der Forschung wie folgt zusammen: *„First, no over-the-counter or prescription products have been approved by the FDA (Food and Drug Administration, Anm. des Autors) for use by individuals under age 18. Second, although shown to be effective with adults, none of the youth clinical trials that used pharmacotherapy for cessation have shown effectiveness“* (Milton et al. 2003, S 165).

In einer neueren Studie (Moolchan et al. 2005) wurden 120 stark abhängige Jugendliche (Alter: 15.2 ± 1.33 ; Konsum: 18.8 ± 8.56 Zig/T; FTND 7.04 ± 1.29) über 12 Wochen entweder mit Pflaster, Kaugummi oder Placebo behandelt. Alle bekamen zusätzlich dasselbe kognitiv-verhaltenstherapeutische Unterstützungsprogramm. Die Medikation war insgesamt gut verträglich, und die Compliance lag bei etwa 80% in der Pflaster- und etwa 45% in der Kaugummi-Bedingung. Bei Behandlungsende betrugen die Abstinenzquoten 18% für die Pflastergruppe, 6,5% für die Kaugummi-Gruppe und 2,5% für die Placebo-Gruppe. Nach 3 Monaten waren die Abstinenzquoten in etwa gehalten worden, aber es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Die Autoren merken ferner an, dass *„die durchschnittliche Konsummenge, nicht aber biochemische Maße wie Kohlenmonoxid- oder Thiocyanat- Konzentration, in allen drei Studienarmen signifikant zurückging, jedoch nicht aufgrund der Zugehörigkeit zu einer Behandlungsbedingung“*.

Vor diesem Hintergrund gerät die zum Jahreswechsel 2005/2006 veränderte Zulassung und Indikation für Nikotinersatzpräparate (NRT) in Großbritannien in den Blickpunkt (Nicotine replacement therapy 2005). Der Zugang zu Nikotinersatzpräparaten soll erleichtert und einige Kontraindikationen, Warnhinweise und Restriktionen beseitigen werden. Der vollständige Text zum veränderten Zulassungsreglement findet sich unter

<http://www.ash.org.uk/html/cessation/Smoking%20reduction/NRT051229.pdf>

Demnach können in Großbritannien ab sofort sämtliche Darreichungsformen der Nikotinersatztherapie von allen Rauchern ab dem 12. Lebensjahr verwendet werden. Die Publikation der neuen Zulassungsempfehlungen hat in internationalen Fachkreisen eine heftige Diskussion ausgelöst. So wurde an der neuen Indikationsstellung für Kinder und Jugendliche beispielsweise bemängelt, dass es keinerlei Evidenz dafür gibt, dass NRT ohne zusätzliche psychosoziale Unterstützung wirksam ist. Dies wird auch in der neuen Leitlinie so gesehen, wobei die Begründung für die Zulassung bei Jugendlichen sich auf die Wirksamkeitsnachweise im allgemeinen und die Sicherheit der Präparate stützt: *“There is insufficient evidence on whether NRT can help this specific group to stop smoking but evidence on its effect in the general population is overwhelming and the risk associated with its use are minimal so there is no reason for it to be contraindicated in adolescents”* (Nicotine replacement therapy 2005, S 6). In den zitierten Studien, die einen positiven Effekt für NRT nachweisen konnten (z.B. Moolchan et al. 2005), wurde jeweils die Kombination von NRT und einem kognitiv-behavioralen Training untersucht. Andere Studien, die eher kritische Ergebnisse bei der Anwendung von NRT bei Jugendlichen berichten (z.B. Klesges et al 2003, die herausfanden, dass 18% der jugendlichen NRT-User Nieraucher waren), finden keinerlei Erwähnung.

Es bleibt das Dilemma bestehen, dass Jugendliche schnell tabakabhängig werden und dann wohl ähnlich stark von Zigaretten abhängig sind wie erwachsene Raucher, eine wirksame Strategie zum Entzugsmanagement, wie sie den erwachsenen Rauchern mit der Nikotinersatztherapie zur Verfügung steht, in dieser Zielgruppe jedoch nicht in dem Maße greift. So resümieren McDonald et al. (2003) auch sehr zurückhaltend: *„Because nicotine replacement therapy may be effective only with heavy smokers, it is at least conceivable that pharmacotherapy may not be appropriate with a large proportion of adolescent smokers. To routinely recommend pharmacotherapies without further research is unjustified.”*

Bevor von Jugendlichen aber „Entzugsmanagement pur“ verlangt wird, sollte nach anderen Strategien geforscht werden, die die Schwierigkeiten der ersten Abstinenzzeit bewältigen helfen. Hier sind Selbstsicherheitstrainings, Entspannungstrainings, alternative Verfahren wie Yoga oder Meditation (Sussman, 2001) oder Trainings sozialer Fertigkeiten und Stimmungsmanagement wie Ärgerkontrolle denkbar (Milton et al. 2003).

3.2. Therapieziel Reduktion

In Anbetracht der teilweise bescheidenen Nachfrage und Erfolgsquoten von abstinenzorientierten Programmen wird immer wieder auch die Modifikation des Therapieziels Abstinenz diskutiert. In den deutschen Leitlinien finden sich dazu folgende Empfehlungen: *„Laut Expertenkonsensus der WHO (2001) ist ein reduzierter Konsum aus therapeutischer Sicht zwar nicht erstrebenswert, stellt aber im Fall, dass eine Abstinenz nicht erreicht werden kann oder der Raucher nicht gewillt ist, den Tabakkonsum zu beenden, in Ausnahmefällen einen sinnvollen Weg dar, die tabakkonsumbezogenen Risiken zu reduzieren. Im Fall einer Abstinenzunfähigkeit oder mangelnden Motivation zur Abstinenz kann ein Behandlungsansatz mit dem Ziel einer Reduktion des Tabakkonsums eine Alternative darstellen“* (Evidenzklasse IV, WHO 2001).

Nach Ansicht des Autors ist es sinnvoller, genauer zu erforschen, welche spezifischen Inhalte und didaktischen Mittel es braucht, um ähnlich effektive Entwöhnungsprogramme zu erstellen wie für die Zielgruppe der erwachsenen Raucher, als zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Veränderung des Therapieziels zu propagieren. Wenn sich jedoch in wissenschaftlichen Untersuchungen herausstellen sollte, dass Jugendliche leichter zu einem stabilen, kontrollierten nicht täglichem Rauchen in der Lage sind als erwachsene Raucher, dadurch die Abhängigkeitsentwicklung gestoppt werden kann und Jugendliche, die das Rauchen nach festen Regeln auf bestimmte Situationen beschränken (nicht morgens, nicht an Schultagen, nur auf Partys...) eher motiviert und in der Lage sind, ganz aufzuhören, sollten solche Reduktionsprogramme konzipiert und angeboten werden.

Eine zusammenfassende Bewertung des gegenwärtigen Forschungsstandes lässt einen erheblichen Bedarf erkennen: Es müssen zusätzliche Überlegungen angestellt werden, wie man mehr Jugendliche erreichen und zur Teilnahme an den Programmen motivieren kann (Steigerung der Partizipationsrate), wie diese beim Ausstieg erfolgreich unterstützt werden können (Steigerung der Initialabstinenzquoten) und wie die Verhaltensänderung stabilisiert werden kann (Steigerung der Langzeitabstinenzquote).

4. Darstellung eines Fragebogens zur Erfassung der zentralen Eckpunkte von Entwöhnungsangeboten (mit einem Schwerpunkt auf Gruppenprogramme)

Um eine möglichst aussagekräftige Übersicht zu den wesentlichen Merkmalen und Inhalten der zu sichtenden Tabakentwöhnungsprogramme zu erstellen, wurde ein Fragegerüst für ein halbstrukturiertes Telefon-Interview erstellt. Die Interviews wurden im Februar und März 2006 durchgeführt. Die durchschnittliche Dauer des Interviews betrug etwa 30 min. In einigen Fällen bevorzugten die Anbieter eine schriftliche Ausarbeitung; in diesem Fall wurde der

Fragebogen verschickt und vom Anbieter schriftlich ausgefüllt.

Gefragt wurde zunächst nach dem theoretischen Hintergrund des Programms und der erforderlichen beruflichen Qualifikation und Erfahrung der Kursleiter. Die minimale bzw. maximale Gruppengröße sowie absolute Kurszeit und Kursdauer von der ersten bis zur letzten Kursstunde wurde erfasst. Hieraus konnte die Betreuungszeit je Teilnehmer abgeleitet werden. In Anbetracht der meist steil verlaufenden Rückfallkurven wurde auch die Art und Intensität der Nachbetreuung nach Kurs-Ende erfasst.

Mit der Frage zum Kursleitermanual und den eingesetzten Teilnehmerunterlagen sollte zum einen die Transparenz und Lehrbarkeit der Methode, zum anderen die konkrete Kursdurchführung geprüft werden.

Aufschluss über die praktische Kursdurchführung sollten die Fragen nach dem Interaktivitätsmaß (Verhältnis der Redezeit von Kursteilnehmern vs. Kursleiter) und der inhaltlichen Gewichtung (Vorbereitung der Abstinenz vs. Stabilisierung der Abstinenz und Förderung der Ausstiegsbereitschaft vs. Förderung der Änderungskompetenz) erbringen. Da das Therapieziel „Konsumreduktion“ für Jugendliche intensiv und kontrovers diskutiert wird, wurde auch nach offenen oder alternativen Therapiezielen zur Abstinenz gefragt.

Die Anbieter sollten die ihrer Ansicht nach etwa sechs wichtigsten Elemente/Wirkfaktoren aus einer umfassenden Elemente- Liste benennen.

- Informationen zur Tabakabhängigkeit
- Informationen zu Gesundheitsschäden
- Werbung/Machenschaften der Tabakindustrie/Tabakinhaltsstoffe
- Selbstbeobachtung (Raucherkarte, Protokoll, Schachtelwickel)
- Motivationsförderung
- Verhaltensanalyse (S-O-R-K-C)
- Verhaltenskontrakte
- Stimuluskontrolle (Kontrolle der Auslösereize des Rauchens)
- Festlegen des Aufhörzeitpunktes
- Reduktionsplan
- Entwicklung von Verhaltensalternativen
- Kognitive Restrukturierung/Selbstkontrolle
- Rückfallprophylaxe/Umgang mit Entzug
- Aufbau einer Nichtraucheridentität
- Stressbewältigung
- Buddy (soziale Unterstützung)
- medikamentöse Therapien
- Alternative Therapien (Akupunktur und Derivate, Hypnose oder andere)
- Entspannungsübungen (PM, AT, Yoga, Meditation)

- Körperliches Training, Ausdauersport
- Ernährungsberatung/Gewichtsmanagement
- Selbstbehauptung

Für individuelle Programmschwerpunkte bestand die Möglichkeit, zusätzliche Elemente zu benennen.

Da geschlechtsspezifischen Elementen in der Tabakentwöhnung Jugendlicher möglicherweise eine größere Bedeutung zukommt als bei Erwachsenen, wurde spezifisch nach solchen Elementen gefragt.

Die didaktischen Methoden wurden ebenso erfragt:

- Praktische Übungen
- Rollenspiele
- Frontalvermittlung
- Quiz
- Referate der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
- Hausaufgaben
- Internet/SMS/Telefon

Neben diesen inhaltlichen Programmmerkmalen wurde nach Datenerhebungen gefragt, die für eine Evaluation relevant sind (Anamnese- bzw. Katamnese- Daten) sowie nach publizierten Studien zum Programm.

Die Werbe- bzw. Kommunikationsmaßnahmen sollten genannt werden; die Nachfrage nach dem Angebot und die Anzahl der im Jahr 2005 betreuten Teilnehmerinnen/ Teilnehmer und durchgeführten Kurse waren ebenso von Interesse.

Abschließend wurde mit einer offenen Frage nach weiteren wichtigen Aspekten aus Sicht der Anbieter versucht, Besonderheiten bei der Durchführungen von Tabakentwöhnungsmaßnahmen bei Jugendlichen zu erfassen.

Der gesamte Fragebogen findet sich in der Anlage.

5. Entwöhnungsangebote für jugendliche Raucherinnen und Raucher in Deutschland

Für diese Expertise wurden die Referentinnen und Referenten der Fachtagung „Tabakentwöhnung bei Jugendlichen“ befragt, die von der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe am 13. Dezember 2005 veranstaltet wurde. Zusätzlich wurden andere, dem Autor bekannte oder in Kröger (2000, 2005) und DKFZ et al. (Hrsg., 2002) erwähnten Anbieter von Gruppenprogrammen (meist für Erwachsene) berücksichtigt und durch Datenbank- und Internet-Recherchen in den Monaten Januar/Februar 2006 ergänzt. Insgesamt wurden die folgenden 10 Angebote identifiziert, von denen acht speziell für Jugendliche konzipiert wurden (davon fünf Gruppenprogramme, zwei internetbasierte Programm und ein Kursmanual).

	Bezeichnung des Programms	Kontakt
1	„Just4U“: don't smoke - be free	Andrea Fritzsche IKK Niedersachsen, Landesdirektion Geschäftsbereich Gesundheit, 30143 Hannover Tel.: (05 11) 123 891421 Fax: (05 11) 123 8914 39 E-mail: Andrea.Fritzsche@ikk-niedersachsen.IKK.de
2	„Willst du auch keine?“ Das Würzburger Raucherausstiegsprogramm für Jugendliche ab 16	Dipl.-Sozialpädagogin Martin Heyn Telefon 0931 - 357 46 71, Fax (0) 931357 46 79 E-mail: M.Heyn@ira-wue.bayern.de
3	„Dein Stil – rauchfrei“ Nichtraucherkurs für Jugendliche im Alter zwischen 13 und 17 Jahre	Dipl.-Pädagogin Sabine Lang Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention, Franz- Ehret- Str. 7, 79541 Lörrach-Brombach, Telefon 07621/914 909-2 E-mail: sabine.lang@blv-suchthilfe.de
4	„...UND TSCHÜSS: Der Kurs zum Rauchstopp für Jugendliche“	Dipl. Päd. Sigrid Witt Tel.: 040/428 63-24 86 Email: sigrid.witt@li-hamburg.de www.li-hamburg.de/spz
5	„Nürnberg-Münchener Tabakentwöhnungsprogramm“ (Programm für Jugendliche noch ohne Name)	Univ. Doz. Dr. Pal Boelcskei Institut für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Limburgstraße 16a 81539 München; <u>Telefon:</u> 089 / 68 99 95 11 <u>Telefax:</u> 089 / 68 99 95 13 <u>e-Mail:</u> info@irt-rauchfreiwerden.de http://www.irt-rauchfreiwerden.de
6	„Just be smokefree“	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/
7	„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: +49 (221) 8992-247 Fax: +49 (221) 8992-300 E-mail: gunilla.nowotny@bzga.de
Entwöhnungsprogramm für Jugendliche im Rahmen des Leitfadens „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“		
8	„Auf dem Weg zur rauchfreien Schule – Ein Leitfaden für Pädagogen zum Umgang mit dem Rauchen: Der Ausstiegskurs für rauchende Schüler, S 97 – 120“	Dipl.-Psych. Peter Lang Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Referat 1-13/ Legale Suchtmittel Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln Telefon: 0221/89 92-364 Telefax: 0221/89 92-300 E-Mail: lang@ift.de

Gruppenprogramme, die nicht speziell für Jugendliche konzipiert sind		
9	„Nichtraucher in sechs Wochen“	Prof. Dr. Anil Batra, Arbeitskreis Raucherentwöhnung der der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen. Herrenbergerstr. 23, 72070 Tübingen Tel. 07071/29-8 73 46, Fax 07071/29-8 41 41 E-mail : anil.batra@med.uni-tuebingen.de
10	„Eine Chance für Raucher - Rauchfrei in 10 Schritten“	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/

5.1. „Just4U“: don't smoke - be free

Dieses Konzept wurde im Jahr 2003 von Präventionsfachkräften, der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) und der IKK Niedersachsen unter Einbindung vorhandener Bausteine aus Erwachsenenkursen, des Internetprogramms und Materialien des IFT Nord erarbeitet. In Kooperation mit den Landeskoordinierungsstellen Sucht und Suchtprävention und den jeweiligen Innungskrankenkassen (IKK Schleswig-Holstein, Vereinigte IKK, IKK Nordrhein) wurden in Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen Kursleiter und Kursleiterinnen geschult, die dieses Konzept anwenden dürfen. Kursleiter sind meist Präventionskräfte und Lehrer; allein in Niedersachsen wurden über 50 Personen geschult. Die Kursleiter sollten eine pädagogische Grundausbildung mitbringen.

Das Ausstiegsprogramm wendet sich an Jugendliche von 14 bis 18 Jahren. Das Kursprogramm ist für folgende Teilnehmergruppen konzipiert:

- Schüler und Schülerinnen einer Schule
- Schüler und Schülerinnen aus verschiedenen, nahe liegenden Schulen
- Jugendliche aus „offenen“ Jugendangeboten (z.B. Jugendzentren, Jugendfreizeiten)
- Jugendliche, die sich aus eigener Initiative anmelden

Der Kurs findet als flankierende Maßnahme bei der Umsetzung der rauchfreien Schule, aber auch als freies Angebot z.B. einer Präventionsfachstelle oder als unterstützendes, begleitendes Angebot im Rahmen von Jugendfreizeiten statt. Die Gruppengröße beträgt vier bis maximal acht Teilnehmer.

Der Kurs setzt auf eine freiwillige Teilnahme. Im Rahmen der „rauchfreien Schule“ kann der Kurs keine Sanktionsmaßnahme mit Teilnahmepflicht nach Auffälligkeit sein. Die teilnehmenden Jugendlichen verpflichten sich zum Rauchverzicht ab Kursbeginn, der zunächst für die Dauer der vier Kurseinheiten aufrechterhalten werden soll. Durch diese anspruchsvolle Eingangsvoraussetzung ist das Programm recht hochschwierig.

Die Förderung der Änderungsmotivation ist folglich nicht Ziel dieses Kurses. Die vier Treffen dauern je etwa 90min und werden in der Regel über vier Wochen verteilt, wobei auch Kompaktkurse (über ein Wochenende) oder Kurse über sechs Wochen möglich sind. Fakultativ kann ein Organisations-Treffen vorgeschaltet werden. Die Betreuungszeit je Teilnehmer beträgt 45 – 90 min. Den Teilnehmern wird eine Manual-Mappe zur Verfügung gestellt, die Aufgaben und einzelne Arbeitsbögen enthält; diese Mappe kann flexibel an Bildungsnähe/-ferne adaptiert werden. Die Kursteilnehmer bestreiten etwa 60% der Redezeit; die Vorbereitung der Abstinenz und Förderung der Ausstiegsbereitschaft spielen mit einer Gewichtung von 10% eine untergeordnete Rolle. Das vorgegebene Therapieziel ist Abstinenz. Als zentrale Elemente werden genannt:

Motivationsförderung, Verhaltensanalyse (S-O-R-K-C), Entwicklung von Verhaltensalternativen, Stressbewältigung, Buddy, Entspannungsübungen (PM, Phantasiereisen) sowie als zusätzliche Elemente Selbstmanagement und Jonglieren. Darüber hinaus werden keine geschlechtsspezifischen Elemente vermittelt. An didaktischen Elementen kommen praktische Übungen, Rollenspiele, Frontalvermittlung, Telefonberatung und Hausaufgaben zum Einsatz. Bezüglich der Werbung für das Programm wird in erster Linie auf persönliche Kommunikation gesetzt: Kursleiter stellen sich und das Programm in Schulen vor; Fachtagungen werden als zusätzliche Werbeplattform genutzt. Für das Jahr 2005 gibt es Rückmeldungen über acht Kurse mit 48 Teilnehmern. Sieben dieser Kurse fanden in Schulen statt, wobei zwei durch Lehrer und fünf durch externe Kursleiter betreut wurden. Ein Kurs fand im Rahmen einer Freizeit statt. Die Kurse an den Schulen fanden außerhalb der Schulzeit in schulischen Räumen als Teil des Nichtraucherchutzprogramms „Rauchfreie Schule“ statt. Ein isoliertes Kursangebot ist nach Aussage der Ansprechpartnerin nicht empfehlenswert. Die Kosten je Teilnehmer werden unterschiedlich festgelegt: manchmal werde nur eine Kautions festgelegt, in anderen Fällen bis zu €55 Kursgebühr verlangt. Nach Ansicht der Anbieter sei es besonders wichtig, im Vorfeld klare Absprachen zur Finanzierung zu treffen: Obwohl die Kurse und die Kursleitung durch die IKK Niedersachsen als erstattungsfähige Kurse der Gesundheitsförderung anerkannt sind, gibt es Probleme mit der Kursgebühr. Die Jugendlichen können die Kursgebühr nicht selbst zurück erhalten, allerdings sei die Einbindung der Eltern zu diesem Zweck oft unerwünscht. Optimal wäre eine Finanzierung der Kursleitung über Projektmittel. So wäre nur eine Kurskautions mit der Möglichkeit der Rückerstattung nach regelmäßiger Teilnahme einzusetzen, die eine Einbindung Dritter (Eltern, Schule, Krankenkasse) für die Kursgebührenrückzahlung überflüssig machen würde. Der Zeitaufwand für den Kurs kann ggf. Probleme für auswärtige Schüler ergeben, die einen längeren Anfahrtsweg haben.

Die Wirksamkeit wurde bei einer kleinen Erhebungsgruppe von 40 Personen geprüft. Die Compliance ist auf einem mittleren Niveau; ca. 60 % der Teilnehmenden nehmen bis zum Schluss des Kurses teil. Der Rauchkonsum wird während des Kurses eingestellt, jedoch in

der Hälfte der Fälle nach dem Kurs fortgesetzt, wenn auch stark reduziert. Von denen, die nach dem Kurs ihr Rauchverhalten wieder aufnehmen, wollen ca. 75 % bald wieder ganz aufhören.

Der gewünschte Effekt, auch nach dem Kurs rauchfrei zu bleiben, hat sich nicht erzielen lassen. Die Jugendlichen sind mit dem Kursangebot zufrieden und sehen den Ausstiegsversuch und die gemachten neuen Erfahrungen als Gewinn. Der in der Jugendfreizeit angebotene Kurs scheint bessere Erfolge zu verbuchen.

5.2. „Willst du auch keine?“ Das Würzburger Raucherausstiegsprogramm für Jugendliche ab 16

Das Würzburger Raucherausstiegsprogramm „Willst du auch keine“ wurde als Modell bislang hauptsächlich aus Projektmitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz finanziert. Der Kurs umfasst sechs Treffen unter ebenfalls motivierten Ausstiegswilligen in einer strukturierten und lockeren Atmosphäre im Zeitraum von insgesamt sechs bis acht Wochen. Das Vorgehen orientiert sich an verhaltenstherapeutischen Methoden und bedient sich dynamischer Szenarien des Konstruktiven Lernens. Es wird mit Gruppengrößen von drei bis zwölf Teilnehmern gearbeitet, wobei bei Gruppengrößen von acht oder mehr zwei Kursleiter präsent sind. Als Kursleiter kommen Sozialpädagogen, Kommunikationstrainer, Erzieherinnen und Erzieher mit Gruppenerfahrung (insbesondere mit Jugendgruppen) in Frage.

Die gesamte Kurszeit beträgt 480 – 720 min über 6 bis 8 Wochen, inklusive eines Infotreffens vor dem eigentlichen Kurs. Damit beträgt die individuelle Betreuungszeit etwa 40 – 180min. Es existiert ein Kursleitermanual, welches auch zugänglich ist. Die Teilnehmerunterlagen bestehen aus einer Mappe, die von den Teilnehmern im Rahmen des Kursfortgangs ergänzt wird. Eine Besonderheit stellt die Nachbetreuung über SMS und Email dar (bis zu 10 SMS über maximal sechs 6 Monate). In Einzelfällen wird auch persönliche oder telefonische Nachbetreuung offeriert. Die Redezeit von Kursteilnehmern und Kursleiter ist nahezu gleich verteilt; etwa ein Drittel der Kursinhalte dient der Vorbereitung der Abstinenz, die anderen zwei Drittel der Stabilisierung der Abstinenz. Etwa 85 Prozent der Inhalte sind der Förderung der Änderungskompetenz zugeordnet. Das primär ins Auge gefasste Therapieziel ist Abstinenz; als Therapieziel zweiter Wahl wird eine Konsumreduktion betrachtet, wobei keine Reduktionsquote oder vorgegebener Höchstkonsum vereinbart ist („so wenig wie möglich“). Als zentrale Elemente des Angebots werden genannt: Informationen zur Tabakabhängigkeit und zu Gesundheitsschäden, die Selbstbeobachtung mittels Protokoll, Stimuluskontrolle, Rückfallprophylaxe und soziale Unterstützung durch einen Buddy, der außerhalb des Gruppensettings zur Seite steht. Zusätzlich werden Ernährungsberatung/ Gewichtsmanagement

und Selbstbehauptungstraining genannt. Stimuluskontrolle, Entwicklung von Verhaltensalternativen und Rückfallprophylaxe bilden den roten Faden des Programms. Geschlechtsspezifische Elemente sind nicht vorhanden.

Die didaktischen Mittel sind praktische Übungen, Rollenspiele, Frontalvermittlung, Aufgaben für zuhause, verbaler Austausch und SMS-Botschaften.

Via Postkarte werden verschiedene Anamnesedaten erhoben. Daten zum Rauchverhalten, Anlass für die Teilnahme, Tabakabhängigkeit, frühere Ausstiegsversuche, Ausstiegsmotivation und Rauchen im sozialen Umfeld. Sechs und zwölf Monate nach Kursende wird in einer nicht strukturierten Nachbefragung u. a. der Rauchstatus erhoben.

Informationsmaterial wird in Form eines Daumenkinos präsentiert. Das scheckkartengroße Daumenkino umfasst zwanzig Seiten, die neben der Animation auf der Vorderseite die wesentlichen Informationen zum Ausstiegsprogramm und zum Rauchen allgemein bereithalten. Ausstiegskurse finden in den verschiedensten Settings statt: Gymnasium, Berufsbildende Schulen, Krankenpflegesschulen, Mädchenwohnheim, Offenes Jugendzentrum und Jugendarrestanstalt.

Bislang nahmen insgesamt 62 Jugendliche im Alter zwischen 16 und 27 Jahren teil. Das Durchschnittsalter lag bei 18,2 Jahren. Im Durchschnitt rauchten diese jungen Menschen bereits sechs Jahre, einige von ihnen hatten bereits vor dem zehnten Lebensjahr regelmäßig zu rauchen begonnen. Zu Beginn des Kurses rauchten sie durchschnittlich 12 Zigaretten täglich (2 - 40). Die Nachbefragung (persönlich/telefonisch) ergab folgende Ergebnisse:

Am Ende des sechsten Treffens sind rund 50% abstinent, weitere 30% haben ihren Konsum reduziert und 20% erlebten einen Rückfall. Nach einem Jahr reduziert sich die Abstinenzquote auf etwa 20%, die Reduktionsquote steigt auf 40% und rund 40% der Teilnehmenden rauchen in etwa soviel wie vor dem Kurs. Eine wissenschaftliche Publikation ist geplant.

Eine große Nachfrage nach dem Angebot macht Kommunikation und Werbung überflüssig, solange die Kursleiter- Ressourcen begrenzt sind. Das Programm und die Materialien werden stark nachgefragt und von ca. 15 anderen Anbietern angewandt (allerdings liegen keine Zahlen zur Nutzung oder Erfolg etc. vor).

Auch bei der Durchführung im Setting Schule findet der Kurs außerhalb des Schulgeländes und des Unterrichts statt.

Bei bildungsfernen Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Mädchenwohnheim, Jugendarrestanstalt) sollte unbedingt das Sprachniveau adaptiert werden.

Der Anbieter hält die Ausweitung des Angebots für unbedingt notwendig, beispielsweise auch auf kirchliche Settings. Einer gut organisierten Infoveranstaltung käme eine besondere Bedeutung zu.

Grundsätzlich sollte das Programm mit einer Doppelleitung besetzt sein, idealerweise mit einer Frau und einem Mann. Die Durchführenden müssen Authentizität groß schreiben und

in der Tabakprävention eine klare Position vertreten, ohne jedoch mit missionarischem Ehrgeiz anzutreten.

Die Teilnehmenden bezahlen 5,-€ Gebühr, die ihnen bei regelmäßiger Teilnahme (mindestens fünf von sechs Treffen) rückerstattet werden kann.

Bei der zeitlichen Planung der Kurse sollten insbesondere Schulferien, aber auch die besondere Situation der Teilnehmenden berücksichtigt werden. Eine enge Taktung mit wöchentlichen Treffen hat sich bewährt.

5.3. „Dein Stil – rauchfrei“ Nichtraucherkurs für Jugendliche im Alter zwischen 13 und 17 Jahren

Der Kurs umfasst acht Treffen, die jeweils ca. zwei Stunden dauern. Das Vorgehen orientiert sich an dem Tübinger Tabakentwöhnungsprogramm „Nichtraucher in sechs Wochen“ und basiert auf Verhaltenstherapie, Motivational Interviewing sowie dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. Die bisher tätigen Kursleiterinnen haben eine Ausbildung in „Nichtrauchen in sechs Wochen“ und sind Suchtpräventionsfachkraft sowie Sozialpädagogin. Kursleiter mit akademischem Abschluss erscheinen sinnvoll, da ein anspruchsvolles Programm geboten wird. Es wird mit Gruppengrößen von fünf bis 12 Teilnehmern und einer Kursleiterin gearbeitet. Der Kurs geht über acht Wochen. Die individuelle Betreuungszeit beträgt ca. 80 bis 160 min.

Die Kursinhalte der jeweiligen Treffen sind:

1. Motivations-Check
2. „Laster und Leidenschaften“ - Rauchgewohnheiten erkennen, Rauchstopp vorbereiten
3. Erfahrungen mit dem Rauchstopp, Angst vor Gewichtszunahme - gemeinsame Zubereitung von Snacks gegen den Heißhunger
4. Fitness und Rauchen oder Fitness statt Rauchen – Schnuppertag bei „Dance Energy“
5. Zwischenbilanz: Was hilft, stark zu bleiben? Tipps und Tricks
6. und 7. Was kann ich? Wie wirke ich? Wie will ich sein? Persönlichkeitstest und Persönlichkeitstraining
8. Geschafft: Nichtraucher/in!

Eine Nachbetreuung nach Kursende ist nicht vorgesehen. Der Nichtraucherkurs arbeitet nach der Schluss-Punkt-Methode. Die teilnehmenden Jugendlichen setzen ihren Schluss-Punkt-Tag zwischen dem zweiten oder dritten Treffen. Dieser „Quit day“ wird im Kurs vorbereitet und besprochen.

Ein Kursleiter-Manual ist vorhanden, jedoch nicht frei zugänglich. Die Teilnehmerunterlagen bestehen aus einem Nichtraucherstagebuch, das im Kursverlauf ergänzt wird. Darin sind auch die Aufgaben für zuhause enthalten; zusätzlich gibt es einzelne Arbeitsbögen mit Tipps für

die Eltern.

Die Interaktivität wird dynamisch gestaltet: In Stunde eins und zwei beträgt die Redezeit der Kursteilnehmer etwa ein Drittel, in den Stunden drei bis fünf etwa 50%. Die inhaltliche Gewichtung liegt mit 75% Prozent schwerpunktmäßig auf der Stabilisierung der Abstinenz. Entsprechend entfallen etwa 70% Prozent auf die Förderung der Änderungskompetenz. Das primäre und vorgegebene Therapieziel ist Abstinenz, wobei Reduktion als alternatives Therapieziel zweiter Wahl betrachtet wird. Es wird dabei keine vorgegebene Reduktionsquote verlangt, sondern frei und individuell vereinbart.

Als zentrale Elemente des Angebots werden genannt: Selbstbeobachtung mittels Tagebuch, Motivationsförderung, Festlegen des Aufhörzeitpunktes, Entwicklung von Verhaltensalternativen, Rückfallprophylaxe/Umgang mit Entzug und soziale Unterstützung durch Buddies. Jede/r Teilnehmer/in, der zum Kurs kommt, wird dabei unterstützt, sich innerhalb oder außerhalb des Kurses einen Buddy zu suchen. Zusätzlich kommen speziell für Mädchen geschlechtsspezifische Elemente wie Flirtraining und Persönlichkeitstraining (Ausstrahlung, Wirkung, eigener Stil, Was wäre ich als Blume...) zum Einsatz.

An didaktischen Mitteln werden praktische Übungen, Frontalvermittlung, Rollenspiele, Quiz, Aufgaben für zuhause und verbaler Austausch eingesetzt. Nach drei Monaten werden eher unstrukturierte Nachbefragungen durchgeführt, wobei der Rauchstatus erfragt wird. CO-Messungen finden bereits im Kurs statt; der Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit (FTND) wird im Kursverlauf erhoben. Es liegt eine nach wissenschaftlichen Kriterien erstellte Konzeptionsbeschreibung vor.

Die Kommunikation/Werbung wird über die lokale Presse, Lehrer, und das Kooperationsnetz des Badischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation (blv) e.V. betrieben. 2005 wurden zwei Kurse mit 13 Teilnehmerinnen durchgeführt. Diese fanden in den Räumen der Einrichtung selbst statt, wobei eine Durchführung im Setting Schule ebenfalls möglich ist. Der Kurs kostet für die Teilnehmer/innen 40 Euro. Die Kosten werden niedrig kalkuliert, um das Angebot möglichst für alle offen zu halten. Die Kosten können nach §20 SGB vollständig von den Kassen erstattet werden.

Die Drei-Monats-Nachbefragung ergab, dass ein Drittel der Jugendlichen aufgehört hat und zwei Drittel ihren Konsum von 15 bis 25 Zigaretten auf 1 bis 3 Zigaretten pro Tag reduziert haben, wobei diese Reduktion zwischen Kursende und Nachbefragung stabil aufrechterhalten werden konnte. Bislang wurden keine Programm-Abbrüche beobachtet.

5.4. „...UND TSCHÜSS: Der Kurs zum Rauchstopp für Jugendliche“

Das Programm basiert auf Verhaltenstherapie, Erlebnispädagogik, Information und Aufklä-

rung und wurde vom SuchtPräventionsZentrum (SPZ), der Behörde für Bildung und Sport Hamburg, dem IFT Nord, einer Suchtberatungsstelle und anderen Beteiligten entwickelt. Bislang wurden allerdings noch keine Kurse durchgeführt; die ersten sollen im April 2006 starten.

Kursleiter mit Erfahrung in Suchtarbeit und –Therapie sind zur Kursdurchführung qualifiziert. Ein Kursleiter-Manual ist derzeit in der Entwicklung; auch die Teilnehmerunterlagen werden derzeit noch ergänzt.

Es wird mit Gruppengrößen von acht bis 16 Teilnehmern und zwei Kursleitern gearbeitet. Die Kursdauer beträgt 4 Wochen bzw. 8 Tage bei Wochenend- Kursen, wobei eine flexible Anpassung jederzeit möglich ist. Die reine Kurszeit beträgt 16 Stunden, so dass sich eine individuelle Betreuungszeit von ca. 60 bis 120 min ergibt.

Die Kursinhalte der jeweiligen Treffen sind:

Baustein 1. „Jetzt geht´s los“: Kennen lernen, Raucherkarriere, Gründe für das Rauchen, Machenschaften der Tabakindustrie, Auswählen eines Tandempartners

Baustein 2. „Sich schlau machen“ Informationen zu Tabakabhängigkeit, Rauchgewohnheiten erkennen und verlernen, Tabakinhaltsstoffe

Baustein 3. „... und Tschüss!“ Ausstiegstermin festlegen, Vorbereitungen für den Stichtag, Tipps und Tricks, Verhaltensalternativen

Baustein 4. „Ich bin rauchfrei!!!“ Erfahrungsaustausch, positive Veränderungen, Schwierigkeiten der Abstinenz

Die Organisation der Nachbetreuung nach Kursende ist noch nicht geregelt.

Das Therapieziel Abstinenz ist vorgegeben; derzeit ist keine Alternative zu diesem Therapieziele vorgesehen.

Die zentralen Elemente des Angebots sind Informationen zur Tabakabhängigkeit, Informationen zu Gesundheitsschäden, Werbung/Machenschaften der Tabakindustrie/ Tabakinhaltsstoffe, Selbstbeobachtung (Raucherkarte, Protokoll), Entwicklung von Verhaltensalternativen sowie Rückfallprophylaxe/Umgang mit Entzug.

Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur Anmeldungen von Mädchen vorliegen, ist die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Elemente wie Komplimente machen, Frauenbild, flirten und Ernährung vorgesehen.

Alle im Fragebogen erwähnten didaktischen Methoden kommen zum Einsatz: Praktische Übungen, Rollenspiele, Frontalvermittlung, Quiz, Referate der Teilnehmenden, Aufgaben für zuhause, Telefon und verbaler Austausch.

Das Programm wird von Beginn an durch eine externe Evaluation begleitet.

Die Bewerbung des Angebots erfolgte über 15 000 Flyer, die ab August 2005 an alle Schulen mit einer Sekundarstufe 2 verteilt wurden. Zusätzlich wurden die Kontakte zu Jugendverbänden genutzt.

Angestrebt wird eine separate Durchführung außerhalb der Schulzeit. Die Kosten belaufen sich momentan lediglich auf € 20 für die Verpflegung während der Kurseinheiten; der Kurs selbst ist gegenwärtig noch kostenfrei. Eine möglichst vollständige Erstattung nach §20SGB wird zukünftig angestrebt.

Nach Ansicht des Anbieters hat das Konzept unter einer unglücklichen zeitlichen Parallelität zur Einführung der rauchfreien Schule gelitten: Das Angebot wird von den Lehrern missverstanden und mit einem Motivationskurs für rauchende Schüler verwechselt, die durch Regelverstöße auffällig geworden sind. Ein Manko bestünde auch darin, dass die PR-Aktivitäten sich primär auf das Präventionsprogramm „be smart, don't start“ richten und Prominente, Manpower und finanzielle Ressourcen fast ausschließlich dafür eingesetzt würden. Das Projekt **„UND TSCHÜSS: Der Kurs zum Rauchstopp für Jugendliche“** hätte aus Sicht der Anbieter auch eine intensive PR verdient.

5.5. „Nürnberger Tabakentwöhnungsprogramm“ (Jugendprogramm noch namenlos)

Das Programm des Instituts für Raucherberatung & Tabakentwöhnung (IRT) wurde auf der Basis des Erwachsenenprogramms entwickelt und fußt auf der kognitiven Verhaltenstherapie. Kursleiter sind Gesundheitspädagoginnen und Diplompsychologinnen. Ein Kursleitermanual ist vorhanden und zugänglich. Die Gruppen bestehen idealerweise aus sechs bis acht Teilnehmenden und einem Kursleiter. Die Kurszeit beträgt etwa 240min, die sich über sieben Termine erstrecken. Die individuelle Betreuungszeit beträgt somit ca. 30 -40min. Die Kursdauer erstreckt sich über drei bis fünf Wochen und passt sich flexibel an die Bedürfnisse der Teilnehmenden an; pro Woche können bis zu drei Terminen stattfinden. Die Teilnehmerunterlagen bestehen aus Auszügen des Kursleitermanuals und einzelnen Arbeitsbögen. Nachbetreuung findet telefonisch über die am Institut angesiedelte Helpline Bayern statt.

Die Interaktivität ist dynamisch-flexibel und orientiert sich an der Zusammensetzung der Gruppe.

Inhaltlich liegt der Schwerpunkt eher auf der Stabilisierung der Abstinenz (60%) sowie der Förderung der Änderungskompetenz (ebenfalls etwa 60%). Das primäre und vorgegebene Therapieziel ist Abstinenz, wobei Reduktion um mindestens 50% als Therapieziel 2. Wahl betrachtet wird. Selbstbeobachtung, Motivationsförderung, Entwicklung von Verhaltensalternativen, körperliches Training, Ausdauersport sowie Buddy/soziale Unterstützung können als die zentralen Elemente des Angebots betrachtet werden. Bei starker Tabakabhängigkeit und Entzugsproblemen in der Anamnese werden auch medikamentöse Therapien empfohlen, allerdings spielen diese eine geringe Rolle. Das Angebot soll in Zukunft nach Geschlechtern getrennt durchgeführt werden; gegenwärtig sind keine geschlechtsspezifischen Elemente

enthalten. An didaktischen Methoden kommen zum Einsatz: Praktische Übungen, Rollenspiele, Frontalvermittlung, Quiz, Referate der Teilnehmer, Hausaufgaben, Telefonberatung und Einzelgespräche. Es wird eine umfangreiche Anamnese inklusive CO-Messung durchgeführt. Nachbefragungen nach drei, sechs und 12 Monaten sollen die Wirksamkeit der Maßnahme sicherstellen. Die Bewerbung findet im Rahmen der Kommunikation der Helpline Bayern statt, zusätzlich werden die Schulen über eine persönliche Vorstellung der Kursleiterinnen informiert.

Im Jahr 2005 konnten vier Kurse mit etwa 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt werden. Dies geschah außerhalb des Settings Schule als separates Angebot. Die Maßnahme ist kostenfrei.

In Anbetracht der geringen Fallzahlen hielt der Anbieter eine Angabe zu den Erfolgsquoten für nicht aussagekräftig. Er betonte, dass bei Erwachsenen erfolgreiche Kursleiter nicht gleichzeitig bei Jugendlichen erfolgreich sein müssen. Auch hält er eine Gender-spezifische Ausrichtung für wichtig.

5.6. „Just be smokefree“

Just be smokefree ist ein kognitiv- behaviorales Selbsthilfeprogramm mit Einsatz von Printmedien sowie einer Webseite, das sich an unterschiedliche Zielgruppen richtet: Raucher, die mit dem Rauchen aufhören wollen, Raucher, die noch kein Interesse (Zutrauen) haben, mit dem Rauchen aufzuhören oder auch Nicht- oder Exraucher, die einen Raucher bei der Raucherentwöhnung unterstützen wollen (sog. Paten). Die Printmedien bestehen u. a. aus einem etwa 30seitigen Selbsthilfemanual, das vielfältige Informationen enthält:

Nikotin und Abhängigkeit, Motivation zu Nicht-/Rauchen, Selbstbeobachtung, Verhaltensanalyse, Rauchertyp, Risikosituationen, Alternativen zum Rauchen, Festsetzen eines Stichtages, Hinweise zur Reduktion, Möglichkeiten der Selbstverstärkung, Umgang mit Entzugssymptomen/ Ernährung/Gewichtszunahme, Bewältigung von Risikosituationen und Rückfallmanagement.

Inhaltlich liegt ein Schwerpunkt auf der Vorbereitung der Abstinenz (65%) sowie eher auf der Förderung der Änderungskompetenz (60%) als auf der Ausstiegsbereitschaft (40%). Das Programm ist zieloffen und wendet sich explizit auch an primär reduktionswillige Rauchende. Selbstbeobachtung, Informationen zur Tabakabhängigkeit, Motivationsförderung, Verhaltenskontrakte, Festlegen des Aufhörzeitpunktes sowie Entwicklung von Verhaltensalternativen sind die wichtigsten Bausteine des Programms. Als zusätzliches Element werden webbasierte Tests genannt. Potentielle Teilnehmer werden über die Flyer, Presseinformationen, Internet und Ansprache durch Multiplikatoren etc. über das Programm informiert und rekrutiert. Das Programm wird in Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärz-

te und der Bundesärztekammer durchgeführt und von der Deutschen Krebshilfe und der DAK gefördert. In diesem Rahmen erfolgt auch die Abstimmung bzgl. der Pressearbeit. Das Programm ist kostenfrei.

Zum Programm liegen zwei wissenschaftliche Evaluationsstudien vor (Wiborg et al. 2004, Hanewinkel & Wiborg 2006).

Im Zeitraum April 2002 bis Mitte März 2003 haben sich insgesamt 1.417 Personen angemeldet. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer lag bei der Anmeldung zu dem Programm bei 21,5 Jahren. Die Hälfte der Teilnehmer war bis zu 18 Jahre alt. Es wurden etwas mehr junge Frauen (56,7%) als Männer erreicht. Die Teilnehmer rauchten durchschnittlich seit sieben Jahren, pro Tag durchschnittlich 15 Zigaretten und hatten bislang etwa dreimal erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören.

An der Nachuntersuchung beteiligten sich 408 von 1265 (32,3%) ursprünglich ausstiegswilligen Personen, von denen 188 angaben, mit dem Rauchen aufgehört zu haben. Dies entspricht einem Prozentsatz von 14,9% (Intention-to-treat-Analyse) oder von 46,1 Prozent, wenn nur die Rückmelder berücksichtigt werden. Die durchschnittliche Dauer der Abstinenz lag bei etwa 5 Monaten; 35% waren sechs Monate oder länger abstinent. Ein zweite Nachbefragung bei 408 Teilnehmenden der ersten Nachbefragung ergab einen Rücklauf von 262 (64,2%). 107 Teilnehmer waren weiterhin abstinent, was einer Abstinenzquote von 8,5 % (Intention-to-treat-Analyse) bzw. 40,8% entspricht, wenn nur die Rückläufe berücksichtigt werden.

5.7. „rauch-frei.info: Internetangebot zum Nichtrauchen für Jugendliche (BZgA)“

Das Internetangebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Nichtrauchen für Jugendliche basiert auf dem Transtheoretischen Modell (Prochaska & DiClemente, 1983) und dem Konzept der Selbstregulation nach Kanfer (2000).

Das Programm richtet sich an alle Raucherinnen und Raucher, die das Rauchen einstellen oder reduzieren wollen und ist besonders auf junge Menschen bis 20 Jahre zugeschnitten. Die Teilnahme am Programm ist kostenlos.

Das Programm soll dabei helfen, das eigene Rauchverhalten richtig einzuschätzen und den Raucher dabei unterstützen, mit dem Rauchen aufzuhören oder den Zigarettenkonsum deutlich zu reduzieren (mindestens 50%).

Zu Beginn wird das individuelle Raucherprofil erstellt. Der (jugendliche) Raucher kann testen, was für ein Rauchertyp er ist und in welchem Maße eine Abhängigkeit vorliegt. Im Anschluss daran erhält er eine ausführliche Einschätzung und kann sich auf dieser Grundlage für eine Änderung des Rauchverhaltens und den Einstieg in das Programm rauchfrei entscheiden. Wenn sich der Raucher zu einer Veränderung des Rauchverhaltens entschlossen hat, kann

er sein persönliches Ziel festlegen, das er im Rahmen von rauchfrei erreichen will. Anschließend legt er den Ausstiegstermin („Tag X“) fest, an dem er mit dem Rauchen aufhören oder es deutlich (um mindestens 50%) reduzieren will. Dabei sollte als Ausstiegsdatum nicht einer der nächsten 7 Tage gewählt werden, um mindestens eine Woche Zeit zur Vorbereitung zur Verfügung zu haben. Mit einer guten Vorbereitung würden die Chancen erhöht werden, das persönliche Ziel zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Andererseits sollte das Ausstiegsdatum nicht weiter als 30 Tage entfernt liegen, da sonst das Ziel aus den Augen geraten könnte.

Je nach Zieldatum dauert die Vorbereitungsphase zwischen einer und vier Wochen, während der die Teilnehmer im Rahmen einer speziellen Vorbereitungstour mit verschiedenen Aspekten des Rauchausstiegs und unterschiedlichen Aufgaben beschäftigt werden.

Nach dem „Tag X“ beginnt die Handlungsphase, in der das persönliche Ziel umgesetzt wird: Ausstieg oder Reduktion des Zigarettenrauchens. Die ersten 4 Wochen wird der Raucher begleitet und wöchentlich – also insgesamt viermal – auf die Website eingeladen, um einen Fragebogen auszufüllen. Auf der Grundlage dieser Angaben werden ihm weitere hilfreiche Tipps geben, die ihn bei seinem Vorhaben unterstützen.

Inhaltlich gleichwertig werden Vorbereitung und Stabilisierung der Abstinenz mit je 50% behandelt, die Förderung der Änderungskompetenz wird mit 60% stärker berücksichtigt als die Ausstiegsbereitschaft (40%).

Als wichtigste Inhalte wurden folgende Punkte genannt;

- Motivationsförderung
- Belohnungsliste
- Selbstbeobachtung
- Identifikation von Risikosituationen, Entwicklung von Verhaltensalternativen
- Rückfallprophylaxe/ Notfallplan
- Ernährungsberatung/ Gewichtsmanagement
- Buddy

In der Anamnese werden Raucherdaten, die Tabakabhängigkeit (HONC nach DiFranza) und Risikosituationen erhoben.

Nachbefragungen finden nach drei, sechs und 12 Monaten statt, wobei der Rauchstatus, sowie die Akzeptanz und Nutzung des Programms erhoben wird. Potentielle Teilnehmer des Programms werden über Flyer rekrutiert.

Zu den Nutzungszahlen liegen erste vertrauliche Information vor, die nur zum internen Gebrauch bestimmt sind. Danach haben sich seit April 2005 762 Teilnehmer für das Programm eingeschrieben, wovon 43 das ganze Programm absolviert haben.

Eine Publikation ist geplant.

5.8. „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule – Ein Leitfaden für Pädagogen zum Umgang mit dem Rauchen: Der Ausstiegskurs für rauchende Schüler, S. 97 – 120 (BZgA)“

Der „Ausstiegskurs für rauchende Schüler“ ist Teil des Leitfadens „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ (BZgA, 2003), der sich vor allem an Lehrer, Beratungslehrer, Sozialpädagogen und Erzieher richtet. Das Kapitel zu Ausstiegshilfen, in dem der Ausstiegskurs vorgestellt wird, ist vor allem für jene Multiplikatoren handlungsrelevant, die mit der Umsetzung von Kursen zum Rauchverzicht betraut sind.

Der Leitfaden zeigt Ansatzpunkte zur Implementierung von Maßnahmen zum Umgang mit rauchenden Schülern und bietet jeweils spezifische Hilfe an. Die Ausstiegshilfe ist eine Anleitung zur pädagogischen Verhaltensmodifikation, die sich motivierender Strategien und Gesprächstechniken bedient (z. B. „motivierende Gesprächsführung“, Miller & Rollnick 2004). Dem Lehrer/Kursleiter sollen vielfältige Methoden aufgezeigt werden, wie er rauchende Schüler zum Rauchstopp motivieren und beim Ausstieg unterstützen und anleiten kann. Teilnehmer des Ausstiegskurses können sowohl Teilnehmer des vorangegangenen Anti-Rauch-Kurses¹ sein, als auch Schüler, die ohne vorangegangene schulische Sanktionsmaßnahme den Ausstiegskurs aufsuchen, um bei der Umsetzung ihres Entschlusses, mit dem Rauchen aufzuhören, Unterstützung zu finden.

Im Unterschied zum Anti- Rauch- Kurs ist die Teilnahme für alle Schüler freiwillig. Sinnvoll ist es, wenn sich Schüler beteiligen, die bereits eine Änderungsbereitschaft mitbringen und sich in dem Ausstiegskurs darauf konzentrieren, wie sie ihr Vorhaben umsetzen können.

Der Kurs gliedert sich in vier Seminartermine. Die Schüler können zunächst weiterrauchen; erst für das dritte Treffen wird ein Stopptag bzw. der Beginn für eine Verhaltensänderung festgelegt. Schüler, die sofort abstinent werden möchten, sollten in ihrem Vorhaben unterstützt werden.

Seminar 1: Der Motivations- Check:

Arbeitsblätter zu folgenden Themen werden ausgehändigt und bearbeitet:

- Motivations- Check
- persönliches Risikoprofil und Empfehlungen für die verschiedenen Risikogruppen
- Erarbeiten der individuellen Zielsetzung (Konsumreduktion² oder Beendigung; Unterstützung durch den Kurs)
- Zuversichtsbarometer (zur Erhebung der Selbstwirksamkeit)
- Rauchtagebuch als Hausaufgabe

¹ Der Anti- Rauch- Kurs kann dem Ausstiegskurs vorausgehen; Teilnehmer sind Schüler, die wegen Verstoß der schulinternen Rauchregeln geschickt werden oder freiwillige Schüler, die noch kaum Änderungsbereitschaft entwickelt haben

² Grundsätzlich soll der Ausstieg empfohlen werden, v. a. bei starker Abhängigkeit. Die Entscheidung zur Konsumreduktion sollte jedoch als Ziel nicht ausgeschlossen werden. Allerdings sollten Hinderungsgründe (wie mangelnde Selbstwirksamkeit) exploriert und Motive erfragt werden.

Seminar 2: Änderungsstrategie festlegen

- Auswertung des Rauchtagebuchs
- Änderungsstrategien festlegen (schrittweise Reduzieren vs. Schlusspunktmethode; Rauchstopptag festlegen/ Plan zur Konsumreduktion erarbeiten)
- Techniken zur Selbstverpflichtung (Belohnungsplanung, Nichtrauchervertrag, Erinnerungshilfe, Bekanntmachung)
- Unterstützung durch einen „Buddy“ sichern

Seminar 3: Tipps und Tricks für den Ausstieg

- Erarbeitung von Handlungsalternativen („Wenn- Dann- Liste“, Reizkontrolle, Ersatzhandlung, Beschäftigungsplanung, Nein- Sagen, Notfallplan)
- Halte Dich fit (Ernährung, Bewegung, Sport, Tipps, eine Gewichtszunahme zu vermeiden)
- Ausstiegs- Checkliste

Seminar 4: Feedback und Management von Risikosituationen

- Rückmeldung der Änderungserfolge (Einholen von Erfahrungsberichten der Schüler, Aussprechen von Mut und weitere Bekräftigung in ihrem Entschluss)
- Überprüfung und Korrektur des Änderungsplanes (Überprüfung der individuellen Teilziele, Stabilisierung von Veränderungen, Vorbeugen von Rückfällen; ggf. Modifikation von Zielen und Methoden)
- Bilanz des Kurses (Evaluation) und Planung weiterer Treffen (auch mit wachsenden Abständen oder in Eigenregie der Schüler denkbar)
- Rückfallmanagement (Ausrutscher vs. Rückfall, Erläuterung der „Stadien der Veränderung“, Unterstreichen von Teilzielen, Erinnerung an den Notfallplan: „Ausweichen, Abhauen, Ablenken, Aufschieben“)

Es liegen bislang keine Daten zu Nutzung und Wirksamkeit dieses Programms vor.

5.9. Andere Programme ohne eine spezifische Ausrichtung auf Jugendliche

5.9.1. „Nichtraucher in sechs Wochen“

Das Tabakentwöhnungsprogramm "Nichtraucher in 6 Wochen" wurde vom Arbeitskreis Raucherentwöhnung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen konzipiert. Kursleiter der Kurse sind Diplom-Psychologinnen und Ärzte mit verhaltens- und suchtherapeutischer Zusatzqualifikation.

Der Kurs wird in Gruppen mit 8-10 Teilnehmern an sechs Behandlungsterminen von je 90 Minuten Dauer durchgeführt. In diesem verhaltenstherapeutischen Verfahren findet der Ent-

wöhnungsprozess in drei Schritten statt: der Vorbereitung auf den Rauchstopp, der akuten Entwöhnungsphase und der Stabilisierung und Rückfallprophylaxe. Jedem Raucher wird eine individuelle Empfehlung zur medikamentösen Unterstützung gegeben.

Zu Beginn erfolgt eine ausführliche Information über die Entstehung und die Risiken der Tabakabhängigkeit und eine Erarbeitung und Abwägung der Vor- und Nachteile der Abstinenz. Das Ziel ist eine Verstärkung der Abstinenzmotivation. Die Selbstbeobachtung soll die Funktion des Rauchens im Alltag sichtbar machen und dient der Vorbereitung für den Rauchstopp, der mittels Punkt-Schluss-Methode umgesetzt wird. Die Teilnehmer legen in der 2. Kurswoche einen verbindlichen Rauchstopptermine fest, der zwischen der 2. und der 3. Therapiesitzung liegen sollte.

In den folgenden Sitzungen werden Strategien zur Reiz- und Verhaltenskontrolle vermittelt und alternative Verhaltensweisen zum Rauchen aufgebaut. Ein weiteres Ziel ist die Steigerung der Kompetenz im Umgang mit Versuchungs- und rückfallkritischen Situationen. Dazu werden durch Rollenspiele und kognitive Modelle Bewältigungsstrategien zur Vermeidung von Rückfällen erarbeitet. Zusätzlich werden alternative Methoden zum Umgang mit Stress, Konflikten, Langeweile usw. besprochen sowie Informationen zur Ernährungsumstellung, Gewichtskontrolle und körperlichen Bewegung gegeben. In der letzten Sitzung lernen die Teilnehmer, mit potentiellen Rückfällen nach Therapieende umzugehen. Das Programm ist interaktiv angelegt. Seine Struktur ermöglicht es, individuell und flexibel auf die Bedürfnisse der Gruppe und der einzelnen Teilnehmer einzugehen.

Die Kursgebühr beträgt pro Person 125,-€ und wird bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung zum Teil von den Krankenkassen zurückerstattet. Anfallende Kosten für Medikamente sind von den Teilnehmer/innen selbst zu tragen.

Die Kursinhalte sind in Form eines Selbsthilfemanuals erhältlich (Batra & Buchkremer 1997). Das Therapeutenmanual wurde ebenfalls publiziert und ist im Buchhandel zu beziehen (Batra & Buchkremer 2004).

Das Programm wird regional stark nachgefragt (37 Raucherentwöhnungskurse mit insgesamt rund 370 Teilnehmer/innen in den Jahren 2003 und 2004) und wurde mehrfach wissenschaftlich evaluiert (z.B. Batra et al. 1999, Schröter et al (eingereicht)). Dabei konnte das Programm durchgängig hohe Erfolgsquoten nachweisen.

5.9.2. „Eine Chance für Raucher - Rauchfrei in 10 Schritten“

Seit 1990 betreut das IFT das Tabakentwöhnungsprogramm "Eine Chance für Raucher - Rauchfrei in 10 Schritten" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Bei diesem Programm handelt sich um ein kognitiv- verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm, das in der Regel in einem Zeitraum von 10 Wochen mit wöchentlichen Sitzungen durchgeführt wird. Es kombiniert die Reduktionsmethode, in der die Raucher ihr Rauchver-

halten bewusst erleben und bei der Reduktion auftretende Probleme für die Zeit nach dem Rauchstopp nutzbringend aufarbeiten können, mit der Schlusspunktmethode.

Das Programm wird von zertifizierten Kursleitern in ganz Deutschland angeboten. Das Programm und die vom IFT angebotenen bundesweiten Schulungen für Kursleiter werden von den Krankenkassen anerkannt. So erstatten die Krankenkassen ihren Mitgliedern einen Teil der Programmkosten aufgrund des § 20 SGB V. Im Jahr 2005 wurden etwa 150 neue Kursleiter geschult. Die Datenbank des IFT umfasst über 1.000 aktive Kursleiter, deren Namen von interessierten Institutionen beim IFT angefordert werden können.

Das Programm wurde im Verlauf seiner dreißigjährigen Geschichte mehrfach überarbeitet. In den letzten zwei Jahren fand eine breit angelegte Evaluation statt, die auch Ansatzpunkte für die Optimierung der Programmdurchführung offenbarte. Es zeigte sich beispielsweise, dass im Kursverlauf Teilnehmer schon mit einer Reduktion ihres Zigarettenkonsums zufrieden sind, was jedoch nicht den Zielen des Kurses und den ursprünglichen Zielen der Teilnehmer entspricht.

In dieser Interventionsstudie wurden die Teilnehmer zu Beginn des Kurses (Vortest) in der Gruppe, direkt nach Kursende postalisch zu Hause (Nachtest) und 6 Monate später postalisch oder telefonisch zu Hause (Follow-up) befragt. 109 Kurse von 69 verschiedenen Kursleitern wurden in die Studie eingeschlossen. Zum Vortest konnte eine Stichprobe von 826 Kursteilnehmern rekrutiert werden. Davon antworteten 475 (57,5%) auf den Nachtest-Fragebogen. Mittels Brief und telefonischem Interview konnten zum Follow-Up 6 Monate später 595 Teilnehmer erreicht werden (72%).

Zum Ende des Kurses sind 26,6% der Teilnehmer, die zur ersten Sitzung kamen und am Vortest teilnahmen, Nichtraucher. Dies ist eine korrigierte Aufhörerate, d.h. alle Studienteilnehmer, von denen zum Nachtest (nach Ende des Kurses) keine Daten zur Verfügung standen, wurden als Raucher klassifiziert. Die nicht korrigierte Aufhörerate beträgt 46,1%. Die Raucher, die zum Nachtest Angaben machten, haben ihren Konsum um etwa 60% reduziert (durchschnittlicher täglicher Konsum von 29,2 auf 12,2 Zigaretten). Nach 6 Monaten konnte eine korrigierte Aufhörerate von 21,5% erreicht werden (unkorrigiert 30%). Die Raucher, für die zum Follow-up Angaben vorliegen, haben ihren Konsum um etwa 45% reduziert (durchschnittlicher täglicher Konsum von 29,2 auf 16,7 Zigaretten).

Von den Kursteilnehmern, die zum Ende des Kurses aufgehört hatten, waren nach 6 Monaten noch 50,9% abstinent. Von denjenigen, die zum Kursende reduziert hatten, waren nach 6 Monaten 3,2% mittlerweile Nichtraucher geworden.

Seit Februar 2006 liegt eine komplett überarbeitete Fassung des Programms vor, die derzeit erprobt wird.

6. Tabakentwöhnung bei Jugendlichen konkret - Modelle internationaler Praxis

Im Folgenden sollen zwei Modelle aus den USA vorgestellt werden, die bezüglich der Inhalten, Didaktik/Vermittlung und Ergebnisse, die in methodisch hochwertigen Studien ermittelt wurden, als „state of the art“ gelten können.

6.1. „Not on Tobacco“ (NOT)

NOT ist das Tabakentwöhnungsprogramm der Amerikanischen Lungenliga (ALA), das für 14 – 19 jährige, tägliche Raucher zur Anwendung in Schule oder Gemeinde entwickelt wurde und zehn einstündige, wöchentliche Treffen sowie vier zusätzliche Booster-Treffen umfasst. Eine Besonderheit ist die Trennung in Mädchen- und Jungengruppen, die jeweils von einem gleichgeschlechtlichen Kursleiter betreut werden. Das Programm basiert auf der sozial-kognitiven Lerntheorie; die Programminhalte von NOT umfassen Selbst- und Stimuluskontrolle, Training sozialer Fertigkeiten, Stressbewältigung, Rückfallprävention und Entzugsmanagement sowie Gewichtskontrolle und Umgang mit Gruppendruck.

In einer aktuellen Übersichtsarbeit haben Horn und Kollegen (2005) die Auswertungen von sechs kontrollierten und zehn Feldstudien zur Effektivität des Programms zusammengefasst. Die Daten von sechs kontrollierten Evaluationsstudien wurden aggregiert und analysiert. Von den Teilnehmern, die drei Monate nach Programmstart erreicht werden konnten, waren unter der NOT- Bedingung 19% abstinent, von den Teilnehmern der Kontrollbedingung, die lediglich eine Kurzintervention erhalten hatten, waren es lediglich 9% (N= 898, $p > .01$). Die adjustierte Odds Ratio lag bei 1,94 (95% KI 1,27 – 2,97). Auch nach der intention- to- treat-Berechnung waren die Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen deutlich signifikant: 15% in der NOT- versus 8% in der Kurzintervention (N= 1.131, $p > .01$, adjustierte OR 1,89, 95% KI 1,25 – 2,87). Der durchschnittliche Tageskonsum zu Beginn der Studien lag bei über 14 Zigaretten.

Neben diesen eindeutigen Wirksamkeitsnachweisen aus klinischen Studien wurde auch die Alltagstauglichkeit von NOT im Felde geprüft – dort naturgemäß ohne Kontrollbedingungen. Die Daten von 4.586 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus zehn Feldstudien in vier US-Bundesstaaten wurden aggregiert; bei Programm- Ende waren (jeweils intend-to-treat-Analyse) 27% der männlichen und 24,5% der weiblichen Jugendlichen abstinent.

Mit NOT scheint für die schwierige Zielgruppe jugendlicher Raucher, die täglich konsumieren, ein effektives Tabakentwöhnungsprogramm vorzuliegen. Die vorliegende Studie konnte sowohl die wissenschaftliche Wirksamkeit als auch die Eignung des Programms im realen Versorgungsumfeld belegen.

Inwieweit sich das Vorgehen als Vorbild für die bei uns dringend benötigten altersspezifischen Tabakentwöhnungsangebote eignet und die Ergebnisse sich auf die deutsche Wirklichkeit übertragen lassen, ist allerdings schwer zu beurteilen. Denn auch in den ländlichen Bundes-

staaten West Virginia und North Carolina waren die Ergebnisse von „Not on Tobacco“ schlechter als in anderen Regionen. Eine Erklärung für diese regionale Besonderheit könnte darin liegen, dass in diesen Bundesstaaten intensiver Tabakanbau betrieben wird und die Rauchprävalenz höher ist als in anderen Regionen der USA.

6.2. „Projekt EX“

Auch dieses Programm wird im Setting Schule durchgeführt. In acht Kurseinheiten wird versucht, durch die Einbindung spaßbetonter und motivierender Elemente wie Spiele, Talk-Shows und alternative Entspannungsformen die Nachfrage- und Erfolgsquoten zu verbessern. Das Programm wurde in einem sehr aufwendigen iterativen Entwicklungs- und Auswertungsprozess gemeinsam mit Jugendlichen auf der Basis des Vorgängerprogramms „Towards No Tobacco Use (TNT)“ erstellt. In der Konzeption wurden die Haupthindernisse für Abstinenz bei Jugendlichen, nämlich soziale Einflüsse, pharmakologische Abhängigkeit und unzureichende Ausstiegsmotivation berücksichtigt. Dabei wurde besonders darauf Wert gelegt, auch spielerische Lernformen (Wissensvermittlung via Talk-Show, spielerische Wettkämpfe) und Formen alternativer Medizin zu integrieren. Die acht bestbewerteten Aktivitäten und Inhalte wurden schließlich zu einem Kurzkonzept ausgearbeitet. In den ersten zwei Wochen fanden je zwei Kurseinheiten statt; während dieser vier Kurseinheiten waren Ausstiegsversuche nicht vorgesehen, vielmehr stand die Vorbereitung auf den Rauchstopp im Vordergrund, der zwischen der vierten und sechsten Kurseinheit erfolgen sollte. Die Kurseinheiten fünf bis acht fanden im wöchentlichen Turnus statt und fokussierten die Unterstützung beim Ausstieg und die Aufrechterhaltung der Abstinenz. In den **einzelnen** Sitzungen wurden u. a. folgende Themen behandelt:

Kurseinheit 1:

Gründe fürs Rauchen und Aufhören; Familie/Freunde konfrontieren Raucher (sich genervt fühlen vs. Sorgen der anderen)

Kurseinheit 2:

wie kann Rauchen Stress erzeugen, statt diesen zu mindern. Talk-Show: „Kippen machen Mega-Stress“; Gäste: Arzt, Psychologe, Exraucher; Einüben des „gesunden Atmens“

Kurseinheit 3:

schädliche Inhaltsstoffe und deren Wirkungen; Spiel: „Tabakinhaltsstoffe auf der Speisekarte“; Gefahren des Passivrauchens.

Kurseinheit 4:

Die Entscheidung fürs Aufhören, körperliche/psychische Aspekte des Entzugs, Talk-Show:

„Aufhören – was ich schon hinter mir habe und wie es immer besser wird“, in der Raucher in unterschiedlichen Ausstiegsphasen beschrieben werden

Kurseinheit 5:

Nikotin - Abhängigkeit – Entzugsmanagement, psychologische Bewältigungsstrategien (sich selbst Kredit geben, Vermeidung falscher Erwartungen)

Kurseinheit 6:

Strategien zur Stabilisierung (incl. Vermeidung von Gewichtszunahme, einfache Yogaübungen zum Ausbalancieren und Entspannen)

Kurseinheit 7:

Stabilisierungsstrategien (Selbstbehauptungstraining, Ärger-Management), Atem- und Entspannungs-Meditation „letting feelings pass“: Teilnehmer lernen, dass es manchmal effektiver ist, Gefühle vorüberziehen zu lassen als auf sie zu reagieren

Kurseinheit 8:

Rückfallvermeidung; Transfer des Gelernten auf andere Substanzen; Talk-Show „Warnung: Mit dem Aufhören zu warten kann deinen inneren Frieden gefährden“, in der die Vorteile eines Ausstiegs in jungen Jahren betont werden.

Das Projekt wurde an sog. Continuation High Schools (CHS) für verhaltensauffällige oder intellektuell benachteiligte Jugendliche in Kalifornien evaluiert; dort betrug der Raucheranteil 54% im Vergleich zu 15% an traditionellen High Schools.

34% (N = 259) der Zielgruppe (alle rauchenden Schüler an 18 CHS) schrieben sich nach einer Rekrutierungskampagne mittels Flyern, Kurzvorstellung in jeder Klasse, Empfehlung durch schulisches Personal und Mund-zu-Mund-Propaganda ein.

85% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer rauchten täglich; der Durchschnittskonsum betrug 8,8 Zig./Tag (SD 9,3), basierend auf einem Index aus zwei Fragen ($r=.83$) nach dem Konsum an einem durchschnittlichen Tag und dem gestrigen Tageskonsum. 25% waren wenig/nicht abhängig, 58% moderat und 17% stark abhängig. 64% der Teilnehmer waren männliche Jugendliche, und das Durchschnittsalter lag bei 16,8 Jahre (Range 14 – 19). Die Schüler erhielten Unterrichtsbefreiung und „credits“ für ihre Teilnahme. Die Motivation für die Teilnahme war dennoch in erster Linie die Tabakentwöhnung: 90% gaben an, wegen des Entwöhnungsangebots zu kommen; 6% kamen wegen der credits und 4% wegen der Unterrichtsbefreiung. Die effektivste Rekrutierungsmaßnahme war die Kurzvorstellung des Programms in jeder Klasse und die Empfehlung durch schulisches Personal. Insgesamt war eine mittlere Compliance zu beobachten: 54% der eingeschriebenen Teilnehmer nahmen an

allen acht Veranstaltungen teil. 76 rauchende Schüler, die nicht am Programm teilnahmen, aber einer Nachbefragung nach sechs Monaten zugestimmt hatten, fungierten als Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der ersten Nachbefragung (5 Monate nach dem vorgesehenen Ausstiegsdatum) wurde u. a. auch nach der Bewertung der Inhalte des Entwöhnungsprogramms gefragt; diese wurden durchweg sehr positiv beurteilt: Insbesondere die Yoga- und Meditationsübungen und die Kurseinheit „Tabakinhaltstoffe auf der Speisekarte“ gefielen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Die Abstinenzquote unter denjenigen, die das komplette Programm absolviert hatten und bei der Nachbefragung erreicht wurden, betrug 30% in der Behandlungsgruppe und 16% in der Kontrollgruppe. Wenn alle Teilnehmer in die Analyse einbezogen wurden und die bei der Nachbefragung nicht Erreichten als nicht abstinent gewertet wurden, betrugen die Abstinenzquoten 19% (Behandlungsgruppe) bzw. 10% (Kontrollgruppe) mit einem Odds Ratio von 2.37 ($p \leq 0.05$). Bei der Suche nach Faktoren, die mit dem Erfolg bzw. Misserfolg in Zusammenhang standen, fiel auf, dass die moderat und stärker abhängigen Jugendlichen deutlich weniger erfolgreich sind als diejenigen, die keine Abhängigkeitsmerkmale aufweisen. Offensichtlich haben die aufwendigen nicht-medikamentösen Strategien zum Entzugsmanagement doch nicht die erhoffte Wirkung erzielt.

Sussman et al (2001) werfen in der Diskussion der Ergebnisse die Frage auf, inwieweit sich durch medikamentöse Therapien die nicht-medikamentösen Strategien zum Entzugsmanagement unterstützen oder verstärken lassen.

Zusammenfassend stellen die Autoren fest, dass das Project EX zum Follow-Up Zeitpunkt Ausstiegsraten erzielt hat, die zu den höchsten zählen, die jemals bei Jugendlichen erzielt wurden. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Programm beinahe ebenso wirksam ist wie Erwachsenenprogramme: „These results indicate programming that is almost as effective as that found for adults can be created for youth if it is enjoyable, provides sufficient rationale to quit across several sessions, and involves instruction in coping strategies that appeal to youth (e.g., meditation and yoga) (Sussman et al 2001, S 436).

7. Zusammenfassung der Befragungsergebnisse (bezogen auf die Gruppenprogramme)

Eine Grobgliederung der Gruppenprogramme kann zunächst nach den übergeordneten Merkmalen

- theoretischer Hintergrund und
- Therapieziel

erfolgen.

Theoretischer Hintergrund und Therapieziel:

Die beschriebenen Gruppen- Programme sind sämtlich verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, interaktiv und arbeiten in Richtung Therapieziel Abstinenz. Die beiden Internet-basierten Programme sind ebenfalls verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, bezüglich des Therapieziels aber offen.

Anforderungen an die Kursleiter:

Die Anforderungen an die Kursleiter orientieren sich an den Vorgaben des § 20 SGB, wonach die Kurse von Ärzten, Psychologen und Pädagogen durchgeführt werden müssen, um erstattungsfähig zu sein. Allerdings wird von Anbietern der Gruppenprogramme für Jugendliche betont, dass Erfahrungen mit Jugendlichen, eine pädagogische Grundausbildung oder suchttherapeutische Erfahrung/Ausbildung wichtig seien. Erzieherinnen und Kommunikationstrainer sind teilweise auch für die Kursdurchführung geeignet; in einem Fall wird aber auf die Notwendigkeit einer akademischen Ausbildung hingewiesen. Das Programm „Just4U“ setzt in erster Linie Lehrer und Präventionsfachkräfte ein.

Kursmaterialien:

Kursmanuale sind in drei Fällen vorhanden bzw. in der Erstellung und zugänglich. Zwei der fünf Anbieter geben an, über ein Kursmanual zu verfügen, das jedoch nicht öffentlich zugänglich sei.

Vier Programme verfügen über Flyer oder gedruckte Kursbeschreibungen.

Gruppengröße/ Anzahl Kursleiter:

Bezüglich der Gruppengröße variieren die Angaben zwischen drei und 16 Teilnehmenden. Es gibt Programme mit einer geringen Variabilität der Teilnehmerzahl (Just4U: 4 – 8; Nürnberger Tabakentwöhnungsprogramm mit 6 bis 8 Teilnehmern) und solche mit hoher Variabilität („Willst du auch keine?“ 3 bis 12 Teilnehmer, „Dein Stil –rauchfrei“ 5 bis 12 Teilnehmer).

Vier Programme arbeiteten mit einem Kursleiter (wobei bei einem ab 8 Teilnehmenden zwei Kursleiter eingesetzt werden), ein Programm mit zwei Kursleitern.

Betreuungszeit pro Teilnehmer:

Die Kontaktzeit beträgt zwischen vier und 16 Stunden. Die Zeitspanne vom ersten bis zum letzten Kontakt innerhalb des Kurses reicht von einem verlängerten Wochenende bis zu acht Wochen.

Aus der absoluten Kontaktzeit dividiert durch die Anzahl der Teilnehmer ergibt sich die Betreuungszeit je Teilnehmer, die als Maß der Intensität einer Maßnahme bei interaktiven Programmen eine wichtige Rolle spielt. Bei den fünf Programmen beträgt die Betreuungszeit je Teilnehmer 30 bis 180 min.

Interaktivitätsindizes:

Zu den Interaktivitätsindizes liegen nur drei Angaben vor; diese bewegen sich alle in einem ähnlichen Bereich. Die Redezeit zwischen Teilnehmenden und Kursleitern ist in etwa gleich verteilt.

Inhaltliche Gewichtung der Programmbestandteile:

Bezüglich der Gewichtung der Programmbestandteile Vorbereitung der Abstinenz vs. Stabilisierung der Abstinenz findet sich in allen Programmen eine stärkere Gewichtung der Abstinenzstabilisierung. Die Programme wenden 10% und 40% für die Vorbereitung der Abstinenz auf.

Gleiches gilt für die Gewichtung des inhaltlichen Schwerpunkts Förderung der Ausstiegsbereitschaft vs. Förderung der Änderungskompetenz. Meist ist eine bestehende Ausstiegsbereitschaft Voraussetzung für die Teilnahme an einem Gruppenprogramm.

Wirkfaktoren:

Die quantitative Auswertung der als am bedeutsamsten bezeichneten Wirkfaktoren ergab folgendes Bild:

Wirkfaktor	Nennungen	Wirkfaktor	Nennungen
Informationen zur Tabakabhängigkeit	2	Informationen zu Gesundheitsschäden	2
Werbung/Machenschaften der Tabakindustrie/ Tabak-inhaltstoffe	1	Selbstbeobachtung (Raucherkarte, Protokoll, Schachtelwickel)	4
Motivationsförderung	4	Verhaltensanalyse (S-O-R-K-C)	
Verhaltenskontrakte	0	Stimuluskontrolle	1

Festlegen des Aufhörzeitpunktes	1	Reduktionsplan	0
Entwicklung von Verhaltensalternativen	5	Kognitive Restrukturierung Selbstkontrolle	0
Rückfallprophylaxe/ Umgang mit Entzug	4	Aufbau einer Nicht- raucheridentität	
Stressbewältigung	1	Buddy	4
medikamentöse Therapien	0	Alternative Therapien (Akupunktur und Derivate, Hypnose oder andere)	0
Entspannungsübungen (PM, AT, Yoga, Meditation)	1	Körperliches Training, Ausdauersport	1
Ernährungsberatung/ Gewichtsmanagement	2	Selbstbehauptung	1
zusätzlich genannte Elemente			
Jonglieren	1	Selbstmanagement	1
geschlechtsspezifische Elemente			
Komplimente machen	2	flirten	2
Frauenbild	2	eigener Stil/Persönlichkeitstraining	2

Nach dieser Auswertung bilden also

- Informationen zur Tabakabhängigkeit und Gesundheitsschäden
- Selbstbeobachtung (Raucherkarte, Protokoll, Schachtelwickel)
- Motivationsförderung
- Entwicklung von Verhaltensalternativen
- Rückfallprophylaxe/Umgang mit Entzug
- soziale Unterstützung/Buddy

die wesentlichen Bestandteile eines Basisprogramms zur Tabakentwöhnung bei Jugendli-

chen. Diese Elemente entsprechen den allgemein anerkannten Inhalten kognitiv-behavioraler Programme.

Geschlechtsspezifische Elemente werden nur für weibliche Jugendliche genannt. Dabei geht es in erster Linie um Selbstbild/Persönlichkeit und Kontakte zum anderen Geschlecht. Inwieweit die Behandlung dieser Themen zum Erfolg von Maßnahmen beiträgt ist noch ungeklärt. Zumindest wird ein positiver Einfluss auf Rekrutierung und Compliance vermutet.

Didaktik/ Methodik:

Praktische Übungen, Rollenspiele, Frontalvermittlung, Aufgaben für zuhause und verbaler Austausch werden in allen Programmen als didaktische- methodische Elemente eingesetzt, dreimal gibt es ein Quiz.

Nachbetreuung:

Nachbetreuung findet nur bei zwei Angeboten statt, einmal telefonisch und im anderen Fall per SMS.

Kommunikation und Bewerbung der Angebote

Potentielle Teilnehmer werden über die Flyer, Presseinformationen, Internet und Ansprache durch Multiplikatoren etc. über das Programm informiert und rekrutiert. Kontakte zu Jugendverbänden, lokaler Presse und Kooperationsnetze werden ebenfalls genutzt. Schlüsselpersonen in Schule und Ausbildung spielen bei der Rekrutierung von Kursteilnehmern an Schulen eine wichtige Rolle und sollten vor der Implementierung von Tabakentwöhnungsangeboten einbezogen werden. Manche Kursleiter stellen sich und das Programm in Schulen selbst vor. Fachtagungen werden ebenso als Werbepattform genutzt.

Effektivität der Programme

Wissenschaftlich fundierte Aussagen über die Wirksamkeit der vorgestellten Gruppenprogramme sind in Anbetracht der kleinen Fallzahlen und teils unsystematischer Datenerhebung derzeit nicht möglich. Die besten Ergebnisse werden von den Programmen „Dein Stil – rauchfrei“ und „Willst Du auch keine“ berichtet, wo eine Initialabstinenz von etwa 50% und eine Drei-Monats-Abstinenz von etwa einem Drittel erzielt werden. Zwei Drittel hätten ihren Konsum stabil von 15 bis 25 Zigaretten auf 1 bis 3 Zigaretten pro Tag reduziert. Nach einem Jahr reduziert sich die Abstinenzquote auf etwa 20%.

8. Empfehlungen und Ausblick

Tabakentwöhnung für rauchende Jugendliche muss als umfassendes Gesamtkonzept angelegt werden, das auf mehreren Ebenen ansetzt, mehrere Modalitäten beinhaltet und ausreichend lange Laufzeiten hat. Eine einseitige Konzentration auf eher hochschwellige Grup-

penprogramme erscheint dabei nicht ausreichend, auch wenn diesen Gruppenprogrammen im „Konzert“ der Maßnahmen eine wichtige Rolle zukommt. Ein wichtiges Ziel bei der Planung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen für Jugendliche sollte darin bestehen, zunächst einmal möglichst viele rauchende Jugendliche mit niederschweligen Maßnahmen von niedriger Intensität zu erreichen. Durch einen hohen Erreichungsgrad der Zielgruppe kann ein günstiger Impact (Erreichungsquote X Abstinenzquote) erzielt werden. Die Rekrutierungsquoten in Nordamerika liegen etwa zwischen zwei und zehn Prozent (Backinger et al. 2003). Der potenzielle Impact von Selbsthilfematerialien ist enorm: Wenn man beispielsweise die Abstinenzquote unter allen Lesern der jugendspezifischen BZgA- Broschüren mit nur 1% veranschlagt, ergibt sich durch die hohe Erreichungsquote (1,89 Millionen abgegebene Exemplare) ein Impact von 18 900 erfolgreichen Aussteigern.

Andere niederschwellige Hilfsangebote mit großem Impact-Potenzial finden sich in Form von interaktiven Selbsthilfeangeboten über das Internet (s. „Just Be Smokefree“ und das Internetangebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Nichtrauchen für Jugendliche).

Eine weitere niederschwellige Entwöhnungsmaßnahme mit hoher Rekrutierungsquote stellt der im Zwei-Jahres-Rhythmus durchgeführte Wettbewerb „**Rauchfrei im Mai**“ dar. Im Jahr 2004 haben 90.184 Raucherinnen und Raucher an der Kampagne teilgenommen und sich verpflichtet, vom 1. Mai 2004 an vier Wochen lang nicht zu rauchen. Bei der Nachbefragung ein Jahr später gaben noch 33,7 % (19,6% nach der intention-to-treat-Analyse) der Männer und 31,2 (18,2%) der Frauen eine kontinuierliche Abstinenz seit dem Wettbewerb an. In der Altersgruppe der 18 – 24jährigen Teilnehmer ist die Erfolgsquote geringer, beträgt aber immer noch 17,1% bei den Frauen und 15,6% bei den jungen Männern.

Teilnehmenden an Selbsthilfeangeboten und Wettbewerben sollten **telefonische Beratungseinrichtungen** flankierend zur Seite gestellt werden. Dazu sollten sich die bestehenden Telefonberatungen durch jugendspezifische Kommunikation als attraktive Hilfsangebote präsentieren, die den entwöhnungswilligen Jugendlichen bei der Optimierung der selbst gewählten Entwöhnungsmethode unterstützen. Hotlines können darüber hinaus bei allen skizzierten Formaten als niederschwellige Unterstützung zur Abstinenzstabilisierung und Rückfallprophylaxe fungieren.

Der **ärztlichen Rolle** bei der Tabakentwöhnung Jugendlicher kommt eine besondere Bedeutung zu: Wenn Jugendliche überhaupt professionelle Unterstützung annehmen, dann noch am ehesten von Ärzten (Leatherdale & McDonald, 2005). Es konnte gezeigt werden, dass strukturierte und kontinuierliche Tabakentwöhnung in der Routineversorgung (Hausarztpraxen) bei Rauchern zwischen 18 und 84 Jahren wirksam ist, auch wenn sie mit relativ geringem Aufwand als Minimalintervention durchgeführt wird (Hoch et al, submitted).

Die Tabakentwöhnung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis sollte folgenden Anforderungen gerecht werden (Horn 2005a):

- Tabakbezogene Kommunikation mit Eltern, Kindern und Jugendlichen sollte sich nicht durch problemorientierte Expertenhaltung auszeichnen, sondern lösungsorientiert und entwicklungsbezogen sein und Ressourcen aktivieren.
- Ärzte müssen verstärkt zur Fortbildung in der Tabakprävention motiviert werden.
- Das Ziel einer Reduktion des Tabakkonsums und der Passivrauchexposition von Kindern und Jugendlichen kann am besten gemeinsam mit anderen Akteuren, wie Eltern, Schule, Gemeinde und Gesundheitspolitik erfüllt werden.
- Sekundärprävention in der Praxis setzt entwicklungsadaptierte, partnerschaftliche Kommunikation mit Jugendlichen voraus und sollte auf Schadensminimierung ausgerichtet sein, z. B. mit Elementen aus lösungsorientierter und motivierender Gesprächsführung.
- Ärztliches Handeln muss eingebettet sein in multidisziplinär arbeitende Netzwerke und sollte im Sinne einer „Anwaltschaft für das Kind“ auf strukturelle Maßnahmen der Gesundheitspolitik einwirken.

Die nächste Intensitätsstufe können mobile **Suchtambulanzen** bilden, die Schulen, Betriebe, Vereine, Jugendzentren und -heime oder religiöse Gemeinschaften bei Bedarf turnusmäßig besuchen und dort Psychoedukation, Motivation und Ausstiegsberatung durchführen. Der Schwerpunkt liegt auf individueller und Peer-Beratung, bei großen Fallzahlen können auch Entwöhnungsgruppen angeboten werden. Die notwendige Nachbetreuung findet telefonisch statt. Die Idee eines Tabakentwöhnungsangebots, das zu den Betroffenen kommt, wird beispielsweise vom Institut Suchtprävention Linz (Österreich) verfolgt, wo speziell ausgebildete Suchtfachkräfte in Organisationen kostenlos ein Entwöhnungsprogramm durchführen, wenn sich mindestens 12 ausstiegswillige Jugendliche bereit finden. Ein solches Vorgehen scheint die Rekrutierung ausstiegswilliger Jugendlicher erheblich zu erleichtern; innerhalb von 6 Monaten seien bereits 10 Kurse mit je 12 Jugendlichen zustande gekommen (mündliche Mitteilung von Programmleiter Ch. Vogel, 2005). Das Linzer Programm orientiert sich am BZgA-Leitfaden zur Rauchfreien Schule und besteht aus vier Terminen (www.takecontrol.at):

1. Termin: Rauchverhalten beobachten, nicht reduzieren.
2. Termin: Rauchverhalten kontrollieren und um 50% reduzieren
3. Termin: Rauchstopp
4. Termin: Stabilisierung der Abstinenz

Schließlich sollten möglichst flächendeckend abstinenzenorientierte **Gruppenprogramme** auf der Basis bester Praxis bereitgestellt werden, die bei Bedarf durch motivierende Gruppen-

programme ergänzt werden können (s. beispielsweise BZgA- Leitfaden „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“). Neben einer evidenzbasierten und leitlinienkonformen Grundlage dieser Programme sollte darauf Wert gelegt werden, dass erlebnisbezogene und unterhaltsame Lern- und Interaktionsformen zum Einsatz kommen (Sussman et al. 2001). Zu diesem Zweck sollte ein spezielles Kurskonzept für Jugendliche entwickelt und möglichst einheitlich in Schulungsangeboten vermittelt werden (wie z.B. beim Programm „Eine Chance für Raucher - Rauchfrei in 10 Schritten“). Das Programm sollte nach dem derzeitigen Forschungsstand kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sein. Nach Milton et al (2003) bestehen die Grundbausteine kognitiv- verhaltenstherapeutischer Interventionen aus

- Förderung der Selbstwahrnehmung
 - Protokoll, Gedanken/Gründe für/gegen Tabakkonsum
 - psychologische und körperliche Auswirkungen des Rauchens
- Vorbereitung des Ausstiegs
 - Termin/Methode/Zwischenziele/Entzugsmanagement
- Aufrechterhaltung der Abstinenz
 - Problemlöse-Selbstkontrolltechniken (high- risk- Situationen erkennen)
 - Copingstrategien entwickeln
 - Ausgang evaluieren, Erfolg belohnen
 - soziale Unterstützung von Peers und Familie in Anspruch nehmen

Das Kurskonzept sollte ein Kursleitermanual, Materialien für Kursteilnehmer sowie Anmeldeformulare, Dokumentations- und Evaluationsbögen enthalten.

Neben dem primären Therapieziel Langzeitabstinenz könnte auch ein Ziel in der Vermittlung stabiler Veränderungs-Kompetenz und Veränderungs-Motivation für diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestehen, die das primäre Therapieziel nicht erreichen. Dadurch ließe sich möglicherweise die Bereitschaft für weitere Ausstiegsversuche in naher Zukunft erhöhen. Bei den nicht abstinenten, aber niedrig konsumierenden Jugendlichen sollte auch bei den Katamnesen mittels CO-Messung eventueller kompensatorischer Konsum (längere und stärkere Inhalation) überprüft werden.

Zur Steigerung der Nachfrage sollten möglichst attraktive Anreize geschaffen werden (z.B. Durchführung während der Unterrichtszeit, finanzielle Belohnungen für alle, die das komplette Programm absolvieren). Auch moderate Incentives für die Teilnahme bei nicht akut ausstiegswilligen Jugendlichen sollten erwogen werden (Volpp et al. 2006).

Eine wichtige, aber derzeit noch offene Frage ist die nach den Anforderungen an die Personen und Personengruppen, die Tabakentwöhnung bei rauchenden Jugendlichen vornehmen.

In der Übersichtsarbeit von McDonald et al. (2003) wurden die Maßnahmen entweder von Lehrern, medizinischem Personal, Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe und Peers durchgeführt. Die Arbeitsgruppe kommt zu dem Schluss, dass keine ausreichende Evidenz vorliegt, um eine bestimmte Personengruppe zu empfehlen. Diese Schlussfolgerung wird gestützt durch eine Metaanalyse (Mojika et al. 2004), wonach verschiedene Berufsgruppen effektive Tabakentwöhnung anbieten können. Die relative Wirksamkeit von nicht-medikamentösen Entwöhnungsmaßnahmen betrug 1,95 (95% KI 1,04-3,62) für Psychologen, 1,87 (95% KI=1,42-2,45) für Ärzte, 1,82 für Berater (95% KI=0,84-3,96) und 1,76 für Pflegepersonal (95% KI 1,21-2,57).

Während Minimal- oder Kurzintervention nach entsprechender Weiterbildung wohl von allen o. g. Personengruppen durchgeführt werden können, muss davon ausgegangen werden, dass bei intensiveren Maßnahmen die Kursleiter- oder Therapeutenvariable eine erhebliche Rolle spielt. Dabei sollten hohe Ansprüche an die Anbieter gestellt werden. Infrage kommen wohl in erster Linie Berufsgruppen, die nach § 20 SGB von den Krankenkassen für die Kursdurchführung anerkannt sind und über therapeutische Fähigkeiten (Empathie) verfügen, sowie eine persönliche Eignung für die Arbeit mit Jugendlichen mitbringen. Zusätzlich sollte die persönliche und berufliche Eignung z.B. mittels Auswahlverfahren ermittelt werden, wie es auch bei therapeutischen Weiterbildungen üblich ist. Ebenfalls angestrebt werden sollte eine starke Identifikation des Anbieters mit dem entsprechenden Entwöhnungsprogramm.

Unklar ist derzeit noch, ob Gruppenprogramme nach Geschlechtern getrennt angeboten und durchgeführt werden sollen. In den angelsächsischen Metaanalysen werden dazu keine Empfehlungen gegeben. Die Notwendigkeit und Effektivität von geschlechterspezifischen Angeboten sollte in einem Forschungsprojekt geprüft werden. Wenn Gruppenprogramme geschlechtsspezifisch durchgeführt werden, muss der Kurs von einer gleichgeschlechtlichen Kursleiterin bzw. Kursleiter durchgeführt werden. Es gibt Hinweise, dass ein gemischtgeschlechtliches Kursleiterteam günstig ist (mündliche Mitteilung von Martin Heyn im Rahmen dieser Befragung). Ein bei Erwachsenen erfolgreicher Kursleiter ist nicht notwendigerweise auch ein bei Jugendlichen erfolgreicher Kursleiter (mündliche Mitteilung von Dr. Pal Boelcskei im Rahmen dieser Befragung): Eine distanziert- professionelle Haltung ist möglicherweise weniger günstig zur Gewährleistung einer förderlichen Arbeitsbeziehung als bei Erwachsenen. Als Mindeststandards für die Auswahl der Kursleiter sollten eine psychosoziale Ausbildung sowie eine Affinität zur Zielgruppe gelten.

Für die Gruppe der stark abhängigen jugendlichen Raucher mit möglicherweise psychischer oder physischer Komorbidität muss eine über die Standardbehandlung hinausgehende, **optimierte Therapie** entwickelt werden, die dem ganz spezifischen Risikoprofil Rechnung trägt. Dazu könnte die Standardtherapie um Behandlungsmodule ergänzt werden, die sich beispielsweise auch der Strategien der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bedient. Eine

individuelle Anpassung von medikamentöser Unterstützung kann die Ausstiegchancen dieser besonderen Zielgruppe möglicherweise verbessern. Diese Adaption wird derzeit auch bei erwachsenen Rauchern untersucht (s. Batra 2006).

Ein umfassendes Versorgungskonzept für rauchende Jugendliche kann folgenden Aufbau haben:

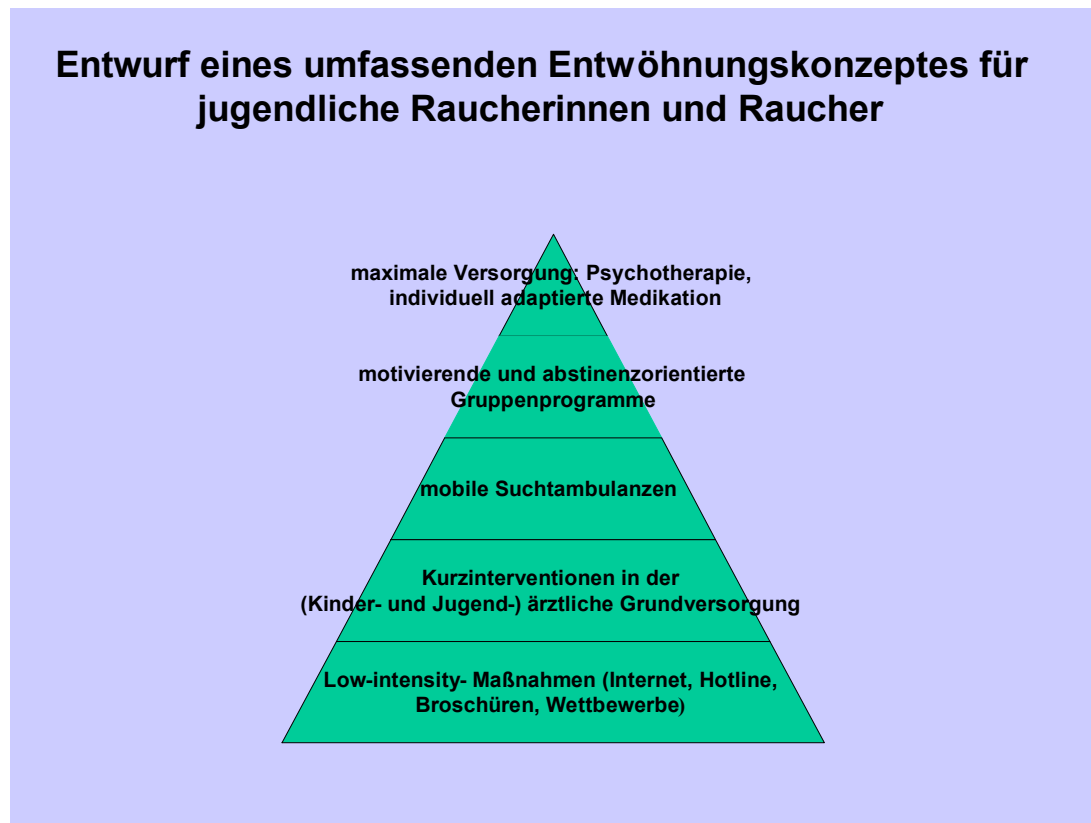


Abbildung 2: Entwurf eines umfassenden Entwöhnungskonzeptes für jugendliche Raucherinnen und Raucher

Inhaltlich sollten die Entwöhnungsangebote für Jugendliche verstärkt auf die neuen Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Folgeschäden des Passivrauchens Bezug nehmen, die der Publikation „*Passivrauchen – ein unterschätztes Risiko*“ zu verdanken sind (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2005). Nach den dort vorgenommenen konservativen Berechnungen sterben in Deutschland jährlich über 3300 Nichtraucher an den verschiedenen, durch Passivrauch hervorgerufenen Erkrankungen. Eine für viele sehr überraschende Tatsache ist die massive Feinstaubbelastung, die mit glimmenden Zigaretten einhergeht und in einem Experiment sogar die Feinstaubemissionen eines Dieselmotors um ein Vielfaches übersteigt (s. Abb. 3).

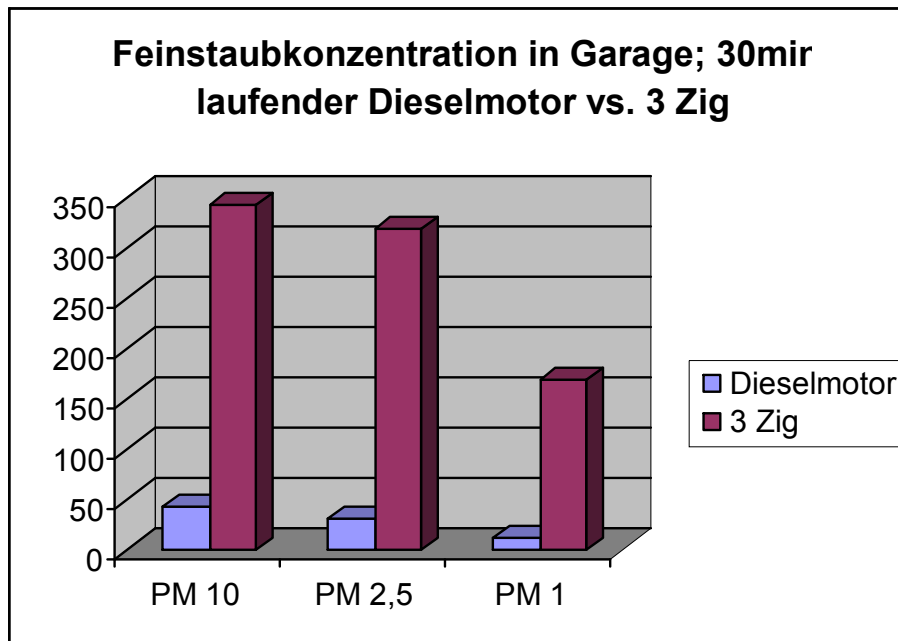


Abbildung 3: Entstehung von Feinstaub aus einem Dieselmotor (30min im Leerlauf bei 760 upm) und aus Zigaretten (3 Standardzigaretten verglimmen für die Dauer von 30min) in einer Garage von 60m³ (PM = Partikelgröße in Mikrometer) Quelle: Invernizzi et al. 2004. Aus: Deutsches Krebsforschungszentrum 2005.

Bei der Planung eines umfassenden Versorgungskonzeptes für jugendliche Raucher ist jedoch unbedingt zu berücksichtigen, dass ein noch so umfangreiches Entwöhnungskonzept nur ein Teil eines Maßnahmenbündels zur Reduktion des Tabakkonsums bei Jugendlichen sein kann.

Die klassischen Strategien der Tabakkontrolle wie Preisgestaltung über Steuererhöhungen, gesetzliche Regelungen zum Nichtraucherschutz – zu denken ist hier insbesondere an rauchfreie Schulen und gastronomische Betriebe – und umfassende Tabakwerbeverbote können einen effektiven Rahmen bilden, in den Tabakentwöhnungsmaßnahmen für Jugendliche eingebettet sein müssen, um mittel- und langfristig die gewünschten Effekte zu erzielen.

Angeregt werden soll auch eine über die Landesgrenzen hinausgehende Koordinierung von Forschungsaktivitäten. Sowohl in Österreich (s. o.), als auch in der Schweiz durch die Fachstelle für Tabakprävention von „Züri Rauchfrei“ und im italienischen Südtirol werden derzeit Tabakentwöhnungs- Konzepte für Jugendliche entwickelt. Durch eine internationale Zusammenarbeit und eine gezielte Integration der bisherigen Erfahrungen sollte der Aufwand für die Konzeptentwicklung reduziert werden können.

Literatur:

- Backinger CL, McDonald P, Ossip-Klein DJ, Colby SM, Maule CO, Fagan PF, Husten C & Colwell B (2003) Improving the future of youth tobacco cessation. *American Journal of Health Behavior*, 27 (S 2), 170–184
- Batra A, Schütz CG, Lindinger P (2006) Tabakabhängigkeit. In: Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W (Hrsg.) *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Deutscher Ärzte-Verlag. S. 91-142
- Batra A (2006) Subklinische psychopathologische Phänotypen der Raucher – Ansatzpunkte für eine risikogruppenspezifische Raucherentwöhnungstherapie. Vortrag im Rahmen der 16. Wissenschaftlichen Tagung der DG-Sucht in Regensburg am 29.03.2006
- Batra A, Buchkremer G (2004) *Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten*. Stuttgart: Kohlhammer 2004
- Batra A, Schupp PE, Buchkremer G (1999b) Combined use of nicotine replacement products in highly dependent smokers - effectiveness of nasal spray and patch. *Nicotine & Tobacco Research*, 1:188-189
- Batra A, Buchkremer G. „Nichtraucher in 6 Wochen: Ein Selbsthilfeprogramm für alle, die das Rauchen aufgeben wollen“. Ratingen: Preuss 1997
- Bühler, A (2005) Evaluierung des Raucherentwöhnungskurses „Rauchfrei in 10 Schritten“ - Kurzfassung. <http://www.vtausbildung.de/download/Wirksamkeitsstudie.pdf>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (ohne Erscheinungsjahr) *Ja, ich werde rauchfrei!* Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003) *Auf dem Weg zur rauchfreien Schule*. Köln
- Collins BN, Wileyto EP, Patterson F, Rukstalis M, Audrain-McGovern J, Kaufmann V, Pinto A, Hawk L, Niaura R, Epstein LH, Lerman C (2004) Gender differences in smoking cessation in a placebo-controlled trial of bupropion with behavioral counseling. *Nicotine Tob Res.* 6(1):27- 37.
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesvereinigung für Gesundheit, Barmer Ersatzkasse (Hrsg.): *Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Basiswissen und praktische Anleitungen*. Heidelberg, Bonn, Wuppertal, 2002
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) *Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*. Heidelberg, 2005
- DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD. et al. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9 (3), 313-319
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*. Göttingen, Huber, 5. Aufl. 2005
- Hanewinkel R, Wiborg G (in press) Initial evaluation of a real-world self-help cessation programme for adolescents and young adults. *Addictive Behaviours*
- 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 eine? Das Würzburger Rauchausstiegsprogramm für Jugendliche. ProJugend 2, 24–25.

Hoch E, Franke A, Sonntag H et al. (2004) Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung – Chance oder Fiktion? Ergebnisse der “Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)”-Studie. Suchtmed, 6 (1), 47 – 51

Hoch E, Klotsche J, Franke A, Sonntag H, Muehlig S. & Wittchen HU (submitted) Smoking cessation in primary care - a comparative trial of bupropion, nicotine replacement therapy, CBT and a minimal intervention.

Horn K et al. (2005) The Impact of NOT on Tobacco on Teen Smoking Cessation: End-of-Program Evaluation Results, 1998 to 2003. Journal of Adolescent Research, 20, 6, 640-661

Horn WR (2005a) Rauchen im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer [Hrsg.] Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten - Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit. Berlin und Heidelberg, 2005, 32-33

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

Klesges LM, Johnson KC, Somes G, Zbikowski S, Robinson L (2003) Use of nicotine replacement therapy in adolescent smokers and nonsmokers. Arch Pediatr Adolesc Med. 157(6): 517 - 522.

Koch A (2000) Von der Abhängigkeit zu einem rauchfreien Leben? Eine evaluative Studie zu den verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnungskursen im Institut für Präventive Pneumologie am Klinikum Nord in Nürnberg. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

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

Leatherdale ST, McDonald P (2005) What smoking cessation approaches will young smokers use? Addictive Behaviors; 30, 1614 – 1618

Lewinsohn PM, Rohde P, Brown RA (1999) Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. Addiction; 94, 913 – 921

McDonald P, Colwell B, Backinger CL, Husten C & Maule CO (2003). Better Practices for Youth Tobacco Cessation: Evidence of Review Panel. American Journal of Health Behavior, 27 (S 2), 144–158

Milton MH, Maule CO, Backinger CL & Gregory DM (2003) Recommendations and Guidance for Practise in Youth Tobacco Cessation. American Journal of Health Behavior, 27 (S 2), 159–169

Milton MH, Maule CO, Yee SL, Backinger CL, Marlarcher AM & Husten CG (2004) Youth tobacco cessation: A Guide for making informed decisions. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention

Mojica WA, Suttrop MJ, Sherman SE, Morton SC, Roth EA, Maglione MA, Rhodes SL, Shekelle PG (2004) Smoking-cessation interventions by type of provider: a meta-analysis.

Am J Prev Med.;26(5),391-401.

Moolchan E, Miqun LR, Ernst M (2005) Safety and Efficacy of the Nicotine Patch and Gum for the Treatment of Adolescent Tobacco Addiction. PEDIATRICS, 115, 407-414

McDonald, P., Colwell, B., Backinger, C. L., Husten, C. G. & Maule, C. O. (2003). Better Practices for Youth Tobacco Cessation: Evidence of Review Panel. American Journal of Health Behavior, 27 (S 2), 144–158.

Mermelstein R (2003) Teen smoking cessation. Tobacco Control, 12, (S 1), 25 – 34

Miller WR & Rollnick S (2004) Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg.

Nicotine replacement therapy. Guidance for health professionals on changes in the licensing arrangements for nicotine replacement therapy (2005) <http://www.ash.org.uk/html/cessation/Smoking%20reduction/NRT051229.pdf>

Quit - Victorian Smoking and Health Program (Ed.) Guidelines on working with youth on the Quitline, Victoria 2001 (unveröffentlichtes Dokument)

Schröter M, Collins S, Frittrang T, Buchkremer G, Batra A (eingereicht). Randomized Controlled Trial of Relapse Prevention and a Standard Behavioral Intervention with Adult Smokers

Sussman S, Dent CW, Severson H, Burton D, Flay BR (1998) Self-initiated quitting among adolescent smokers. Prev Med;27(5 Pt 3): A19-28.

Sussman S, Dent, C.W. & Lichtman, K.L. (2001). Project EX: outcomes of a teen smoking cessation program. Addictive Behavior, 26 (3), S. 425 – 438.

Sussman S (2002) Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. Tobacco Induced Diseases, 1, 35 – 81.

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

Volpp KG, Levy AG, Asch DA, Berlin JA, Murphy JJ, Gomez A, Sox H, Zhu J, Lerman C (2006) A Randomized Controlled Trial of Financial Incentives for Smoking Cessation. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 15, 12-18

West R (2005) Time for change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. Addiction, 100, 1036 – 1040

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

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. Gesundheitswesen, 66, 433–438

Anhang:

Fragebogen zur Erfassung der zentralen Eckpunkte der Gruppenprogramme für Jugendliche

Datum/Uhrzeit/Dauer des Gesprächs				
Ansprechpartner				
Bezeichnung des Programms				
Homepage				
Theoretischer Hintergrund des Programms:				
Background/Qualifikation/Erfahrung des/der Kursleiter(s)				
Kursleiter-Manual vorhanden?	ja	nein		
Kursleiter-Manual zugänglich?	ja	nein		
Sonstige Beschreibungen vorhanden?	Internet	Print		
Struktur des Angebots:				
Gruppengröße von min.– bis max.				
Kursdauer: absolute Kurszeit				
Zeitspanne erste Stunde – letzte Kursstunde				
Betreuungszeit je Teilnehmer (absolute Kurszeit dividiert durch Anzahl der Teilnehmer)				
Art und Umfang der Teilnehmerunterlagen	Manual/Broschüre	Aufgaben	einzelne Arbeitsbögen	
Nachbetreuung nach Kursende?	Dauer/Frequenz	telefonisch	SMS	persönlich
Inhalte:				
Interaktivitätsmaß – in Prozent	Redezeit von Kursteilnehmern		Redezeit von Kursleiter	
Inhaltliche Gewichtung– in Prozent	Vorbereitung der Abstinenz		Stabilisierung der Abstinenz	
Inhaltliche Gewichtung –in Prozent	Förderung der Ausstiegsbereitschaft		Förderung der Änderungskompetenz	
Therapieziel	vorgegeben		offen	
Alternative Therapieziele zu Abstinenz?	ja		nein	
wenn Reduktion:	vorgegebener Algorithmus vorgegebener Höchstkonsum vorgegebene Reduktionsquote		frei frei frei	
Zentrale Elemente/Wirkfaktoren (etwa die sechs wichtigsten auswählen)	Informationen zur Tabakabhängigkeit		Informationen zu Gesundheitsschäden	
	Werbung/Machenschaften der Tabakindustrie/ Tabakinhaltstoffe		Selbstbeobachtung (Raucherkarte, Protokoll, Schachtelwickel)	
	Motivationsförderung		Verhaltensanalyse (S-O-R-K-C)	
	Verhaltenskontrakte		Stimuluskontrolle	
	Festlegen des Aufhörzeitpunktes		Reduktionsplan	
	Entwicklung von Verhaltensalter-		Kognitive Restrukturie-	

	nativen	rung Selbstkontrolle
	Rückfallprophylaxe/ Umgang mit Entzug	Aufbau einer Nicht- raucheridentität
	Stressbewältigung	Buddy
	medikamentöse Therapien	Alternative Therapien (Akupunktur und Deri- vate, Hypnose oder andere)
	Entspannungsübungen (PM, AT, Yoga, Meditation)	Körperliches Training, Ausdauersport
	Ernährungsberatung/ Gewichtsmanagement	Selbstbehauptung
zusätzliche Elemente		
geschlechtsspezifische Elemente		
Didaktische Elemente	Praktische Übungen	Rollenspiele
	Frontalvermittlung	Quiz
	Referate der TIn	Hausaufgaben
	Internet/SMS/Telefon	
Evaluation		
Erhobene Anamnesedaten	Raucherdaten	Anlass für Teilnahme
	Tabakabhängigkeit	Komorbidität
	frühere Ausstiegsversuche	Motivation
	Rauchen im sozialen Umfeld	Selbstwirksamkeit
	CO-Messung	Sonstiges
Nachbefragungen	nach 3 Monaten	nach 6 Monate
	nach 12 Monate	Länger als 12 Monate
Bei Nachbefragungen erhobene Daten		
Unabhängige Evaluation	ja	nein
Biochemische Verifikation	ja	nein
wissenschaftliche Publikationen	ja	nein
Rahmenbedingungen		
Kommunikation/Werbung		
Anzahl der Kurse in 2005		
Teilnehmer in 2005		
Settings, in denen das Programm an- geboten/durchgeführt wird		
Durchführung im Setting Schule	während der Schulzeit	außerhalb
Einbettung	als Teil eines umfassenderen Gesundheitsprogramms oder Nichtraucherschutzprogramms	separat
Besonderheiten bei der Durchführung in bestimmten Settings		
Besondere Anforderungen an Kurslei- ter?		
Kosten	je Teilnehmer	insgesamt
Erstattung nach §20SGB	Ja, vollständig	Teilerstattung nach SGB 20
Sonstiges Wichtiges nach Ansicht des Anbieters		