

*Tabakentwöhnung  
bei Jugendlichen*



Fachtagung

13. Dezember 2005  
Münster

Forum Sucht  
Band 37  
ISSN 0942-2382

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

*Tabakentwöhnung  
bei  
Jugendlichen*

*Fachtagung*

*13. Dezember 2005  
Münster*



# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	5
<b>Vorträge:</b>	
I. Therapieangebote für junge Raucherinnen und Raucher: Herausforderungen und Erfolge Dipl.-Psych. Peter Lindinger, Heidelberg .....	7
II. „Willst du auch keine?“ Würzburger Raucherausstiegsprogramm für Jugendliche Martin Heyn, Würzburg .....	23
III. „Find your style – smokefree“ Nichtraucherkurs für Mädchen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren Heidi Kuttler, Lörrach-Brombach .....	29
IV. „www.feelok.ch“ Ein internetbasiertes Präventionsprogramm für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren – Ausstiegshilfe für rauchende Jugendliche Dr. phil. Ute Herrmann, Zürich .....	35
V. „Just 4U“ Raucherausstiegshilfe für Jugendliche in Schulen ab der Klasse 8, gefördert von der IKK Niedersachsen Andrea Fritzsche, Hannover .....	43
VI. „Und Tschüss...!“ Der Kurs zum Rauchstopp, eine Ausstiegshilfe für rauchende Jugendliche in Hamburg Sigrid Witt, Hamburg .....	47
VII. Die Landesinitiative NRW „Leben ohne Qualm“ – Schulische Tabakprävention und -entwöhnung Karin Franke, Mülheim .....	51
VIII. „Take Control!“ Weniger-Rauchen-Projekt an Schulen und Betrieben Dr. Christian Vogel, Linz .....	57



# Vorwort

Nach der neuesten BZgA-Studie (2005) rauchen 20 Prozent der 12–17-Jährigen gelegentlich oder regelmäßig. Das Durchschnittsalter, in dem Jugendliche ihre erste Zigarette rauchen, liegt derzeit bei 13,6 Jahren.

Von den 12- bis 25-jährigen Raucher/innen (ca. 40%) haben nach Angaben der Deutschen Krebshilfe 80% bereits im Alter zwischen 11 und 16 Jahren ihre ersten Erfahrungen gemacht. 11% sind beim Konsum der ersten Zigarette jünger als 11 Jahre alt.

Das Einstiegsalter liegt also deutlich unterhalb der gesetzlichen Altersgrenze von 16 Jahren für Tabakkonsum.

Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt sich bei Kindern und Jugendlichen sehr schnell eine Abhängigkeit. Sekundärpräventive Angebote greifen daher nicht. Die Methoden der Raucherentwöhnung bei Erwachsenen haben sich für Jugendliche nicht bewährt.

Deshalb sind eigene Behandlungsangebote und Ausstiegshilfen erforderlich. Auf der Fachtagung haben wir

neue Ausstiegshilfen für Jugendliche, aktuelle Praxismodelle und Methoden vorgestellt und deren Umsetzbarkeit gemeinsam mit über 120 Teilnehmern diskutiert. Unter anderem wurden die Förderung der Veränderungs- oder Ausstiegsbereitschaft beleuchtet und Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Tabakentwöhnung bei Jugendlichen und Erwachsenen herausgestellt.

Eingeladen waren Mitarbeiter/innen aus der Sucht- und Jugendhilfe sowie Teilnehmer/innen unserer Fortbildung „Tabakentwöhnung – Rauchfrei in 10 Schritten“, die im Arbeitskreis Tabak der Koordinationsstelle Sucht dieses besondere Thema für die Praxis wünschten.

Die Beiträge dieses Bandes geben auch allen auf der Tagung nicht anwesenden Fachkräften einen Überblick der verschiedenen Tabakentwöhnungsprogramme. Die Koordinationsstelle Sucht wird nach umfassender Prüfung ein Entwöhnungsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene herausgreifen und mit in den Veranstaltungskalender 2007 aufnehmen.

Hans Meyer, Landesrat



*Therapieangebote  
für junge Raucherinnen und Raucher:  
Herausforderungen und Erfolge*

**Dipl.-Psych. Peter Lindinger**

Heidelberg



## Abstract

Rauchende Jugendliche für klassische Ausstiegsangebote zu gewinnen fällt nicht leicht: Für Prävention ist es zu spät, Leidensdruck ist noch nicht vorhanden, die gesundheitlichen Folgen bei jungen Rauchern noch nicht ausgeprägt und die Angst davor kein ausreichendes Motiv für die Teilnahme an professionellen Entwöhnungsprogrammen. Die aktuellen deutschen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DG-PPN) formulieren eher allgemein, dass bislang noch keine überzeugenden risikogruppenspezifischen Strategien zur Motivation und psychotherapeutischen Behandlung von jugendlichen Raucher/innen vorgelegt werden konnten. Zum Einsatz kämen deshalb die gleichen therapeutischen Vorgehensweisen wie bei der Behandlung der erwachsenen Raucher/innen. Der Stellenwert medikamentöser Therapien bei Jugendlichen unter 18 Jahren, insbesondere der Nikotinersatztherapie, ist nicht hinreichend geklärt; der Nachweis der Effektivität dieser Behandlungsform bei Jugendlichen ist bislang noch nicht gelungen. Für einige aktuelle Behandlungsmaßnahmen aus dem angelsächsischen Raum konnten konsistente Wirksamkeitsnachweise vorgelegt werden. Inwieweit sich diese Vorgehensweisen als Vorbild für die bei uns dringend benötigten altersspezifischen Tabakentwöhnungsangebote eignen und sich die Ergebnisse auf die deutsche Wirklichkeit übertragen lassen, ist allerdings schwer zu beurteilen. In Anbetracht der Bedeutung und Schwere des Problems erscheint ein multimodaler Ansatz mit verschiedenen Formaten (Internet, Hotline, Einzel-, Peer- und Gruppenformat) auf vielen Ebenen (Schule, Gemeinde, Ju-

gendeinrichtungen, Gesundheitseinrichtungen) und ausreichend langer Laufzeit notwendig. Ein Entwurf für ein solch umfassendes Versorgungskonzept wird skizziert.

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 Jugendliche Phänomene der eigenen Abhängigkeit realisieren (Entzugssymptome, Kontrollminderung), fällt es ihnen in der Regel bereits schwer, mit dem Rauchen aufzuhören. Das Rauchverhalten von Jugendlichen wird von Gesundheitsexperten schnell unterschätzt in der Annahme, es sei für diese leicht, mit dem Rauchen aufzuhören, da sich das Rauchverhalten noch nicht so verfestigt habe wie bei jahrzehntelangen Raucher/innen im Erwachsenenalter.

## Epidemiologie des Rauchens bei Jugendlichen

Das durchschnittliche Einstiegsalter liegt nach der von der WHO unterstützten internationalen Studie „Health Behaviour in School Aged Children“ (HB-SC) bei 11,6 Jahren. Bei einer in Hamburg durchgeführten Befragung im Rahmen des Projektes SchulBUS lag das Einstiegsalter der jugendlichen Raucher/innen bei 12,4 Jahren. Tabak kann als die Einstiegsdroge angesehen werden. So finden sich unter den Nichtraucher/innen nur 8% mit Cannabiser-

fahrung, während es bei den Ex-Raucher/innen 18% und bei den täglichen Raucher/innen sogar 28% sind (Lewinsohn et al. 1999).

Die Raucherquote ist bei den 12- bis 17-Jährigen von 28% im Jahre 2001 auf 20% im Jahr 2005 gesunken. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der Nie-Raucher/innen bei den 12- bis 15-Jährigen von 48% auf 62% im Jahr 2005 gestiegen. Hier scheinen v.a. die gesetzgeberischen Maßnahmen (Tabaksteuererhöhung) erste Erfolge zu erzielen.

### **Tabakentwöhnung bei Jugendlichen: Herausforderungen und Hindernisse**

Worin liegt die besondere Herausforderung in der Tabakentwöhnung Jugendlicher? Zum einen besitzt Tabak bzw. Nikotin ein hohes Suchtpotenzial, 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). Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass ein konkreter Ansatzpunkt fehlt: Für Prävention ist es bei rauchenden Jugendlichen bereits zu spät, der „Leidensdruck“ ist noch nicht so stark, die gesundheitlichen Folgen bei jungen Raucher/innen noch nicht so ausgeprägt.

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 verstan-

den 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.

In der Praxis der Tabakentwöhnung bei Jugendlichen stellen sich nach den Erfahrungen 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 Hilfsmöglichkeiten)
- 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 (die bereits erwähnte pharmakologische und die weiter unten beschriebene psychische Komponente der Tabakabhängigkeit)

Erschwerend kommt in Deutschland die hohe Rauchprävalenz bei Erwachsenen hinzu: Solange rauchende Jugendliche überall mit rauchenden erwachsenen Modellen konfrontiert wer-

den, 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.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass Jugendliche professionellen Ausstiegsangeboten sehr skeptisch gegenüberstehen: 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%) war hingegen außergewöhnlich gering.

Persönliche professionelle Hilfe durch Lehrer/innen, Berater/innen oder schulische Betreuer/innen 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).

In Anbetracht der teilweise bescheidenen Nachfrage und Erfolgsquoten von abstinenzorientierten Programmen (s. u.) wird immer wieder auch die Modifikation des Therapieziels Abstinenz diskutiert. Nach Ansicht des Autors ist es jedoch 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/innen, als zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Veränderung des Therapieziels zu propagieren.

Wenn sich jedoch in wissenschaftlichen Untersuchungen herausstellen sollte, dass ein kontrolliertes, nicht tägliches Rauchen die Abhängigkeitsentwicklung stoppen 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.

### **Ausstiegsmotivation bei rauchenden Jugendlichen**

Jugendliche Raucher/innen haben andere Ausstiegsmotive als erwachsene Raucher/innen; die gesundheitlichen Bedenken spielen noch eine etwas untergeordnete Rolle (Heppekausen et al. 2001): Die wichtigsten Motive für einen Ausstieg 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

### **Verhaltensanalyse des jugendlichen Rauchens**

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 klassische und operante Konditionierung, Modelllernen sowie kognitives 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 unerwünschte 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+, C-) haben einen erheblich stärkeren Einfluss auf die Auftretenshäufigkeit 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 Passivrauchen sind jedoch auch für Jugendliche relevant.

### Nationaler und internationaler Stand der Forschung

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

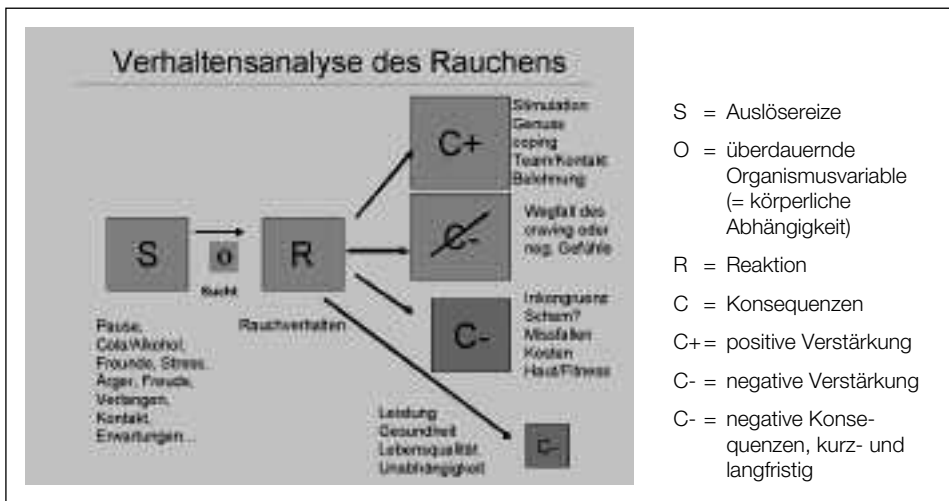


Abbildung 1: Verhaltensanalyse des Rauchens bei Jugendlichen

- 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. Tabakbedingte Störungen: „Leitlinie Tabakentwöhnung“) empfohlen:

### Problemlöse-Training und Training von allgemeinem Bewältigungsverhalten

#### Strategien

##### *Basisinformationen*

Bereitstellen von Basiswissen zum Rauchen und erfolgreicher Entwöhnung

##### *Erkennen von individuellen Risikoprofilen*

Identifikation von äußeren Ereignissen, inneren Zuständen oder Aktivitäten, die möglicherweise die Gefahr vergrößern, wieder zu rauchen/rückfällig zu werden.

##### *Bewältigungsverhalten*

Erkennen und Einüben von Bewältigungs- oder Problemlösestrategien. Diese Fähigkeiten werden typischerweise zur Überwindung von gefährlichen Situationen eingesetzt.

#### Beispiele

Dauer und Wesen des Entzugs, Rauchen als Sucht, die Illusion der Kontrolle – z.B. „nur mal ein Zug“ erhöht die Rückfallgefahr enorm.

Unter Rauchern sein, unter Zeitdruck stehen, in eine Auseinandersetzung geraten, Verlangensattacken oder schlechte Laune haben, Alkohol konsumieren.

Lernen, Gefahrensituationen vorausszusehen 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

Die Patient/innen (Jugendlichen) positiv verstärken und ihre 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/die Patient/in (Jugendliche) es schaffen kann.

Fragen, was der/die Patient/in (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

## **Angebote zur Tabakentwöhnung bei Jugendlichen in Deutschland**

Rauchenden Jugendlichen steht eine Reihe unterschiedlichster Hilfsangebote in verschiedenen Anwendungsformaten zur Verfügung. Das Angebot reicht von nicht interaktiven Selbsthilfemethoden (Broschüren) über interaktive Internetseiten zur Selbsthilfe (s. Beitrag von Herrmann in diesem Band), individuelle Kurzinterventionen in Hausarzt- oder Jugendarztpraxen (Hoch et al. 2004, Horn in DKFZ und Bundesärztekammer 2005), auch basierend auf der motivierenden Gesprächsführung (BZgA, im Druck) bis zu Gruppenprogrammen (s. z.B. Beiträge von Heyn und Kuttler in diesem Band).

Mit dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) herausgegebenen 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/innen. Der Anti-Rauch-Kurs soll die Bereitschaft zur Verhaltensänderung (Konsumbeendigung oder -reduktion) erhöhen. Der Ausstiegskurs richtet sich an veränderungsbereite Schüler/innen, die in erster Linie konkrete Unterstützung beim Aufhören oder Reduzieren des Zigarettenkonsums benötigen.

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. ... 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)

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).

## **Internationale Metaanalysen zur Tabakentwöhnung bei Jugendlichen**

Auf internationaler Ebene existieren mehrere systematische Übersichtsarbeiten zu angelsächsischen Studien

(Sussman 2002, Mermelstein 2003, McDonald et al. 2003), die durchaus von ähnlichen Schwierigkeiten berichten. Mermelstein fasst die Ergebnisse zur Effektivität der Programme als „entmutigend“ zusammen: *“When examined on an individual level, the results are somewhat discouraging”* (Mermelstein 2003, S. 30).

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

McDonald et al. (2003) unterzogen die 20 methodisch besten Studien aus der 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. 150).

Die meisten erfolgreichen Programme basieren auf einem kognitiv-behavioralen Ansatz. 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-Selbstkontrolltech-

niken (high-risk-Situationen erkennen)

- Copingstrategien entwickeln
- soziale Unterstützung von Peers und Familie in Anspruch nehmen
- Ausgang evaluieren, Erfolg belohnen

Eine Beschränkung auf Psychoedukation und reine Wissensvermittlung erscheint nicht ausreichend, um eine nachhaltige Veränderung des Rauchverhaltens zu erzielen.

### **Qualifikation der Anbieter**

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 Lehrer/innen, medizinischem Personal, Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe oder 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 Psycholog/innen, 1,87 (95% KI=1,42–2,45) für Ärzt/innen, 1,82 für Berater/innen (95% KI=0,84–3,96) und 1,76 für Pflegepersonal (95% KI 1,21–2,57).

## **Medikamentöse Therapien bei rauchenden Jugendlichen**

Erfolgreiche Interventionen für Jugendliche beinhalten vielfach dieselben Aspekte und Prinzipien wie Programme für erwachsene Raucher/innen, 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:  $15.2 \pm 1.33$ ; Konsum:  $18.8 \pm 8.56$  Zig/T; FTND  $7.04 \pm 1.29$ ) 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 betrug 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“.* (Zitat)

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 beseitigt werden. Demnach können ab sofort sämtliche Darreichungsformen der Nikotinersatztherapie von allen Raucherinnen und Rauchern ab dem 12. Lebensjahr verwendet werden – trotz der ungenügenden Wirksamkeitsnachweise:

*“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).

Eine solche Begründung erscheint insbesondere vor dem Hintergrund eines Missbrauchspotenzials (Klesges et al. 2003) fragwürdig.

Es bleibt das Dilemma bestehen, dass Jugendliche schnell tabakabhängig werden und dann genauso stark von Zigaretten abhängig sind wie erwachsene Raucher/innen, eine wirksame Strategie zum Entzugsmanagement, wie sie den erwachsenen Raucher/innen 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.”*

### **Tabakentwöhnung bei Jugendlichen konkret – Modelle internationaler Praxis**

Im Folgenden sollen zwei Modelle aus den USA vorgestellt werden, die von ihrem theoretischen Konzept und den Ergebnissen, die in methodisch hochwertigen Studien ermittelt wurden, als „state of the art“ gelten können.

#### **a) „Not on Tobacco“ (NOT)**

ist der Name des Tabakentwöhnungsprogramms der Amerikanischen Lungenliga (ALA). NOT wurde für 14–19-jährige tägliche Raucher/innen zur Anwendung in Schule oder Gemeinde entwickelt und umfasst 10 einstündige wöchentliche Treffen sowie 4 zusätzliche Booster-Treffen. Eine Besonderheit ist die Trennung in Mädchen- und Jungengruppen, die jeweils von gleichgeschlechtlichen Kursleiter/innen 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 Teilnehmer/innen, die 3 Monate nach Programmstart erreicht werden konnten, waren unter der NOT-Bedingung 19% abstinent, von den Teilnehmer/innen 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 in klinischen Studien wurde auch die Alltagstauglichkeit von NOT im Felde geprüft – dort naturgemäß ohne Kontrollbedingungen. Die Daten von 4586 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/innen, 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 Bundesstaaten 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.

### **b) Projekt EX**

ist der Name eines ebenfalls im Setting Schule durchgeführten Programms, das in acht Kurseinheiten versucht, durch die Einbindung spaßbetonter und motivierender Elemente wie Spiele, Talk-Shows und alternative Entspannungsformen die Erfolgsquoten zu verbessern. Das Programm wurde in einem sehr aufwendigen interaktiven Entwicklungs- und Auswertungsprozess gemeinsam mit Jugendlichen auf der Basis des Vorgängerprogramms „Towards No Tobacco Use“ (TNT) erstellt. In der Konzeption wurden die Haupthindernisse 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 Kurskonzept ausgearbeitet. In den ersten zwei Wochen fanden je zwei Kurseinheiten statt; in diesen vier Kurseinheiten wurde nicht verlangt,

dass Ausstiegsversuche unternommen werden, 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.

Das Projekt wurde an sog. Continuation High Schools (CHS) für verhaltensauffällige oder intellektuell benachteiligte Jugendliche in Kalifornien evaluiert. 34% (N=259) der Zielgruppe (alle rauchenden Schüler/innen an 18 CHS) schrieben sich nach einer Rekrutierungskampagne mittels Flyern, Kurzvorstellung in jeder Klasse, Empfehlung durch schulisches Personal und Mundpropaganda ein.

85% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer rauchten täglich; der Durchschnittskonsum betrug 8,8 Zig./Tag (SD 9,3). 25% waren wenig/nicht abhängig, 58% moderat und 17% stark abhängig. 64% der Teilnehmer/innen waren männliche Jugendliche, und das Durchschnittsalter lag bei 16,8 Jahren (14–19). Die Schüler/innen erhielten Unterrichtsbefreiung und „credits“ für ihre Teilnahme. Die Motivation für die Teilnahme war dennoch die Tabakentwöhnung: 90% gaben an, wegen des Entwöhnungsangebots zu kommen; 6% kamen wegen der credits und 4% wegen der Unterrichtsbefreiung. Die effektivste Rekrutierungsmaßnahmen waren die Kurzvorstellung des Programms in jeder Klasse und die Empfehlung durch schulisches Personal. Insgesamt war eine mittlere Compliance zu beobachten: 54% der eingeschriebenen Teilnehmer/innen nahmen an allen acht Veranstaltungen teil. 76

rauchende Schüler/innen, 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 „Tabakinhaltsstoffe 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/innen 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 einer Odds Ratio von 2.37 ( $p \leq .05$ ). 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. Möglicherweise 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.

## **Ausblick**

Wie bereits erwähnt, werden Erfolge in nennenswertem Umfang nur mit einem umfassenden Gesamtkonzept zu erzielen sein, das auf mehreren Ebenen ansetzt, mehrere Modalitäten beinhaltet und ausreichend lange Laufzeiten hat.

Ein wichtiges Ziel bei der Planung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen für Jugendliche sollte darin bestehen, 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.

Wenn man beispielsweise die Abstinenzquote unter allen Leser/innen der jugendspezifischen BZgA-Broschüren mit nur 1% veranschlagt, ist der Impact durch die hohe Erreichungsquote (1,89 Millionen abgegebene Exemplare) mit 18.900 erfolgreichen Aussteiger/innen dennoch enorm groß.

Andere niederschwellige Hilfsangebote finden sich in Form von interaktiven Selbsthilfeangeboten über das Internet.

### **„Just Be Smokefree“**

ist ein Programm zur Tabakentwöhnung für Jugendliche und junge Erwachsene, das vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung IFT-Nord in Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sowie der Bundesärztekammer durchgeführt wird und über das Internet ([justbesmokefree.de](http://justbesmokefree.de)) kommuniziert wird. Jugendliche Raucher/innen oder Gruppen von aufhörwilligen Raucher/innen können sich schriftlich für das Programm anmelden und erhalten dann ein Manual, in dem alle wichtigen Themen einer Tabakentwöhnung wie Ta-

bakabhängigkeit, Verhaltensanalyse, Identifikation der individuellen Risikosituationen, Alternativen zum Rauchen, Selbstverstärkung für geschaffte Schritte und der Umgang mit Rückfällen behandelt werden. Ein zusätzlicher Programmbaustein sind die Paten/Patinnen, die aufhörwillige Raucher/innen bei der Reduktion oder dem Rauchstopp unterstützen sollen, und eine Telefonhelpline.

Eine Evaluation bei 1417 Programmteilnehmer/innen (Wiborg et al. 2004) mit einem Durchschnittsalter von 21,5 (SD 8,5) und einem Tageskonsum von 14,7 (SD 9,4) Zigaretten ergab fünf Monate nach dem Rauchstopp eine intention-to-treat-Abstinenzquote von 14,9%. Eine weitere niederschwellige Entwöhnungsmaßnahme mit hohem Impact 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 in der Altersgruppe der 18–24-Jährigen noch 17,1% bei den Frauen und 15,6% bei den jungen Männern eine kontinuierliche Abstinenz seit dem Wettbewerb an.

Der ärztlichen Rolle bei der Tabakentwöhnung Jugendlicher kommt eine besondere Bedeutung zu: Wenn Jugendliche überhaupt professionelle Unterstützung annehmen, dann noch am ehesten von Ärzt/innen (Leatherdale & McDonald 2005). Es konnte gezeigt werden, dass strukturierte und kontinuierliche Tabakentwöhnung in der Routineversorgung (Hausarztpraxen) bei Raucher/innen zwischen 18 und 84 Jahren wirksam ist, auch wenn sie mit relativ geringem Aufwand als Minimalin-

tervention durchgeführt wird (Hoch et al., submitted).

Die Tabakentwöhnung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis sollte folgenden Anforderungen gerecht werden:

- Tabakbezogene Kommunikation mit Eltern, Kindern und Jugendlichen sollte sich nicht durch problemorientierte Expertenhaltung auszeichnen, sondern lösungsorientiert und entwicklungsbezogen sein und Ressourcen aktivieren.
- 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“ auch auf strukturelle Maßnahmen der Gesundheitspolitik einwirken (Horn 2005a).

Die nächste Intensitätsstufe können mobile Suchtambulanz 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 Ent-

wöhnungsgruppen angeboten werden. Die notwendige Nachbetreuung findet telefonisch statt. Eine solche mobile Ambulanz stellt hohe Anforderungen an die Qualifikation dar.

Schließlich sollten möglichst flächendeckend abstinenzenorientierte Gruppenprogramme auf der Basis bester Praxis bereitgestellt werden, die bei Bedarf durch motivierende Gruppenprogramme 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 unterhaltensreiche Lern- und Interaktionsformen zum Einsatz kommen (Sussman et al. 2001).

Für die Gruppe der stark abhängigen jugendlichen Raucher/innen mit möglicherweise psychischer oder physischer Komorbidität muss eine über eine 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.

Inhaltlich sollten die Entwöhnungsangebote verstärkt auf die neuen Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Folgeschäden des Passivrauchens Bezug nehmen (Deutsches Krebsforschungszentrum 2005). 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. 2). Ein nachhaltiger Eindruck lässt sich bei dieser Graphik erzielen, wenn zunächst die Legende (Dieselmotor, 3 Zig) abgedeckt und erst danach das „Geheimnis“ gelüftet wird (dass nämlich die hohen Säulen die Zigaretten repräsentieren).

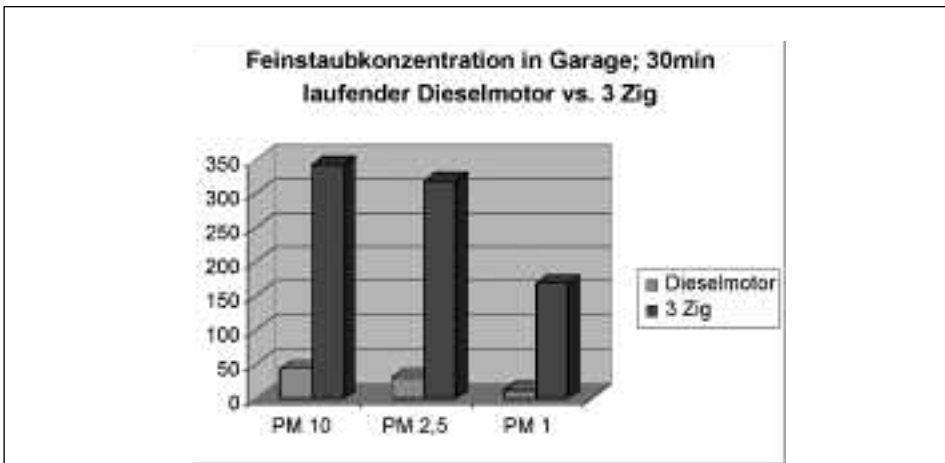


Abbildung 2: Entstehung von Feinstaub aus einem Dieselmotor (30 min im Leerlauf bei 760 upm) und aus Zigaretten (3 Standardzigaretten verglimmen für die Dauer von 30 min) in einer Garage von 60 m<sup>3</sup>. Quelle: Invernizzi et al. 2004. Aus: Deutsches Krebsforschungszentrum 2005.

Bei der Planung eines umfassenden Versorgungskonzeptes für jugendliche Raucher/innen 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 Nichtrauchererschutz – 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 langfristige die gewünschten Effekte zu erzielen.

## Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003): Auf dem Weg zur rauchfreien Schule. Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (im Druck): Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern. Köln

Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer [Hrsg.] (2005): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg

DiFranza, J.R., Rigotti, N.A., McNeill, A.D. et al. (2000): Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9 (3), S. 313–319

Heppekausen, K., Kröger, C. & Reese, A. (2001): Methoden und Ergebnisse der Raucherentwöhnung von jugendlichen Rauchern. *Prävention*, 2, S. 44–47

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), S. 47–51

Hoch, E., Klotsche, J., Franke, A., Sonntag, H., Muehlig, S. & Wittchen, H.U. (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, S. 640–661

Horn, W.R. (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, S. 32–33

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

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, S.T., McDonald, P. (2005): What smoking cessation approaches will young smokers use? *Addictive Behaviors*; 30, S. 1614–1618

- Levinsohn, P.M., Rohde, P., Brown, R.A. (1999): Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. *Addiction*; 94, S. 913–921
- McDonald, P., Colwell, B., Backinger, C.L., Husten, C. & Maule, C.O. (2003): Better Practices for Youth Tobacco Cessation: Evidence of Review Panel. *American Journal of Health Behavior*, 27 (S 2), S. 144–158
- Milton, M.H., Maule, C.O., Backinger, C.L. & Gregory, D.M. (2003): Recommendations and Guidance for Practise in Youth Tobacco Cessation. *American Journal of Health Behavior*, 27 (S 2), S. 159–169
- Milton, M.H., Maule, C.O., Yee, S.L., Backinger, C.L., Marlarcher, A.M. & Husten, C.G. (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, W.A., Suttrop, M.J., Sherman, S.E., Morton, S.C., Roth, E.A., Magliore, M.A., Rhodes, S.L., Shekelle, P.G. (2004): Smoking-cessation interventions by type of provider: a meta-analysis. *Am J Prev Med.*; 26 (5), S. 391–401.
- Moolchan, E., Miqun, L.R., Ernst, M. (2005): Safety and Efficacy of the Nicotine Patch and Gum for the Treatment of Adolescent Tobacco Addiction. *PE-DIATRICALS*, 115, S. 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), S. 144–158
- Mermelstein, R. (2003): Teen smoking cessation. *Tobacco Control*, 12 (S 1), S. 25–34
- 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)
- Sussman, S., Dent, C.W., Severson, H., Burton, D., Flay, B.R. (1998): Self-initiated quitting among adolescent smokers. *Prev Med*; 27 (5 Pt 3): A 19–28
- 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, S. 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
- West, R. (2005): Time for change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100, S. 1036–1040
- 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, S. 433–438

*„Willst du auch keine?“  
Würzburger Raucherausstiegs-  
programm für Jugendliche*

**Martin Heyn**

Würzburg



## **„Willst du auch keine?“**

### **Das Würzburger Raucherausstiegsprogramm für Jugendliche ab 16**

In sechs Schritten ins rauchfreie Leben. Eine schwierige Aufgabe in der bewegten Jugendphase. Der Autor berichtet über das von ihm entwickelte Konzept, über Erfahrungen und Ergebnisse nach mittlerweile über 60 Teilnehmenden.

„Die Jugendlichen adäquat anzusprechen, sie zu erreichen, ist das A und O einer erfolgreichen Raucherentwöhnung“, so das einvernehmliche Credo der in der Prävention Tätigen.

Aus verschiedenen Studien, u.a. IFT 2001 und Drogenaffinitätsstudie 2004 der BZgA, wissen wir, dass über die Hälfte der 16–18-jährigen Raucherinnen und Raucher den Wunsch haben, an ihrem aktuellen Rauchverhalten etwas zu verändern. Über 60% der Jugendlichen in dieser Altersspanne haben bereits Ausstiegsversuche hinter sich. Doch wie erreicht man genau die Jugendlichen, die aktuell motiviert sind, mit dem Rauchen aufzuhören?

### **Die Aufmachung macht's.**

Viel Zeit und Engagement wurde zur Entwicklung des Informationsmaterials in Form eines Daumenkinos aufgewendet. Die Erfahrung lehrt auch hier: Je pfiffiger und ungewöhnlicher, desto größer ist die Akzeptanz in der Zielgruppe.

Das scheckkartengroße Daumenkino umfasst 10 Seiten, die neben der Animation auf der Vorderseite die wesentlichen Informationen zum Ausstiegsprogramm und einige zum Rauchen allgemein bereithalten.

### **Auf die Inhalte kommt es an.**

Die Rückmeldung der Jugendlichen in der Pilotphase und im regelmäßigen Umsetzen war durchweg positiv, belegbar u.a. durch die Beiträge der Teilnehmenden im Rahmen einer Reportage des Bayerischen Fernsehens. Die Inhalte des Daumenkinos werden erinnert und sehr positiv bewertet. „Ein sehr klares Konzept“ und vor allem die Abwesenheit des schulmeisterlichen, moralinsauren Zeigefingers wurden als äußerst angenehm formuliert.

### **Das Konzept im Überblick**

Die Erfahrung lehrt, in der Gruppe fällt es leichter. Deshalb: sechs Treffen unter ebenfalls motivierten Ausstiegswilligen in einer strukturierten und lockeren Atmosphäre im Zeitraum von insgesamt sechs bis acht Wochen. Das Konzept ist im Wesentlichen angelehnt an Methoden der Verhaltenstherapie und bedient sich dynamischer Szenarien des Konstruktiven Lernens nach Heckmair.

### **Zusammengefasst sind die Inhalte:**

Die Motivation zum Aufhören überprüfen, einen persönlichen Schlusspunkt definieren und in der Gruppe Handlungsalternativen erarbeiten, um schließlich eine langfristige Stabilisierung der Abstinenz zu erreichen. Die Rückfallprophylaxe und das Gewichtsmanagement sind weitere Schwerpunkte der Treffen. Der häufig formulierten Angst vor Gewichtszunahme wird mit einer speziellen Einheit Rechnung getragen, in der u.a. kalorienarme (und schmeckende) Snacks kalorienreichen gegenübergestellt werden.

Nicht nur zwischen, sondern auch nach den sechs Einheiten in der Gruppe werden die Teilnehmenden über SMS und E-Mail, so sie damit einverstanden sind, erinnert und motiviert, rauchfrei zu bleiben.

Im Rahmen einer jeweils vorangehenden Informationsveranstaltung werden die Inhalte des Ausstiegskurses präsentiert, die Anmeldemodalitäten erläutert und die zeitliche Eintaktung abgestimmt.

### **Die Anmeldung**

Kann persönlich, per kostenfreier Hotline, per E-Mail oder einfach per SMS erfolgen.

### **Die Erfahrungen**

Bislang nahmen insgesamt 62 Jugendliche im Alter zwischen 16 und 27 Jahren teil. Das Durchschnittsalter liegt bei 18,2 Jahren. Im Durchschnitt rauchten diese jungen Menschen 6 Jahre, einige von ihnen begannen bereits vor dem 10. Lebensjahr regelmäßig zu rauchen. Zu Beginn des Kurses rauchten sie durchschnittlich 12 Zigaretten täglich (-40).

In verschiedenen Settings fanden die Ausstiegskurse statt:

Gymnasium, Berufsbildende Schulen, Krankenpflegesschulen, Mädchenwohnheim, offenes Jugendzentrum und aktuell in einer Jugendarrestanstalt.

### **Was ist wichtig für die Kurse?**

Zunächst erfordert die Durchführung Erfahrung in der Gruppenarbeit, insbesondere in der mit Jugendlichen. Eine suchtberaterische Qualifikation ist von Vorteil. Grundsätzlich sollte das Pro-

gramm mit einer Doppelleitung besetzt sein, idealerweise eine Frau und ein Mann. Die Durchführenden müssen Authentizität großschreiben und in der Tabakprävention eine klare Position vertreten, ohne jedoch mit missionarischem Ehrgeiz anzutreten.

### **Unterstützer sind wichtig**

Von den Jugendlichen wurden mehrfach die Aufmachung des Infomaterials und die Originalität gelobt, ebenso wie die Transparenz der Struktur des Programms.

Was im persönlichen Gespräch und in der schriftlichen Befragung als sehr hilfreich eingestuft wurde, ist eine unterstützende Person, die den Teilnehmer/innen außerhalb des Gruppensettings zur Seite steht (Buddy). Beispielfhaft aufgezählt wurden Verwandte und Freunde.

Weiter wurde als wichtig bewertet: der Austausch in der Gruppe und der sog. „Notfallkoffer“, der eine Beschäftigung in potenziellen Rückfallsituationen für Hand (z.B. Fingerspiel), Mund (z.B. Kaugummi, Bonbon) und Kopf (z.B. Hauptmotiv zum Aufhören auf kleinem Kärtchen, Bild des Freundes/der Freundin) bereithält.

Ein fester Bestandteil des Kurses ist mittlerweile die Ansprache der Teilnehmenden zwischen den Treffen per SMS. Mit kleinen, eher witzig formulierten Mitteilungen werden sie ermuntert, das in den Treffen Besprochene auch im Alltag anzuwenden.

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

## Was nichts kostet, ...?!

Die Teilnehmenden bezahlen 5 Euro Gebühr, die ihnen bei regelmäßiger Teilnahme (mindestens fünf von sechs Treffen) rückerstattet wird, die sie aber auch für weitere Präventionsmaßnahmen spenden können.

## Die Finanzierung des Projektes

Das Würzburger Raucherausstiegsprogramm „Willst du auch keine?“ wurde als Modell bislang hauptsächlich aus Projektmitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz finanziert. Ein Teil der Einnahmen der Ausstiegskurse für erwachsene Raucherinnen und Raucher (Würzburger Modellprojekt zur ambulanten Raucherentwöhnung) unterstützt darüber hinaus dieses Programm.

## Ein Fazit und Ausblick

Aus der Nachbefragung (persönlich/telefonisch) sind folgende Ergebnisse zu verzeichnen:

Zum 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 so viel wie vor dem Kurs.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass auch eine Reduktion des Konsums als (Teil-)Erfolg zu werten ist, der langfristig zur völligen Abstinenz führen kann.

Grundprinzip dieser Art von Sekundärprävention sollte sein, auch „geringe“ reine Abstinenzzeiten als Erfolg für die Jugendlichen zu verbuchen und sie auf diesem Weg weiter zu unterstützen.

Erfreulicherweise formulieren immer mehr Jugendliche und Gruppen selbst den Wunsch nach rauchfreien (Jugend-) Räumen und Hilfen beim Ausstieg. Sowohl aus Stadt und Landkreis Würzburg als auch weit über die Landesgrenzen hinaus werden Anfragen an das Gesundheitsamt gestellt.

## Literatur

Heckmair, Bernd: Konstruktiv lernen, Beltz, Weinheim, 2000

Miller, W.; Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung, Lambertus Verlag, Freiburg, 1999

Ullrich, R.u.R: Das Assertiveness-Training-Programm ATP, Verlag J. Pfeiffer, München, 1998

Raithel, Jürgen (Hrsg.): Risikoverhalten Jugendlicher, Leske+Budrich, Opladen 2001

Kröger, Christoph: Raucherentwöhnung – vom Vorsatz zum Ex-Raucher, Institut für Therapieforschung (IFT), München, 2001



Teilnehmer/innen des Ausstiegskurses beim gemeinsamen Lösen einer Aufgabe (Stange zu Boden lassen)

Daumenkino-Momentaufnahmen





# *„Find your style – smokefree“ Nichtraucherkurs für Mädchen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren*

**Heidi Kuttler**

Villa Schöpfung  
Lörrach-Brombach

Folgender Artikel ist im SuchtMagazin  
1-2005 erschienen. Vielen Dank für die  
freundliche Abdruckgenehmigung.

Auf der Fachtagung wurde der Kurs  
„Find your style – smokefree“ von Elke  
Böhme, Badischer Landesverband für  
Prävention und Rehabilitation e. V.,  
Renchen, vorgestellt.

## **Ausgangslage**

Der Raucheranteil unter der jungen Bevölkerung in der Bundesrepublik ist im letzten Jahrzehnt kontinuierlich angestiegen. Auffällig ist die Zunahme bei jungen Frauen: 45% der weiblichen 16- bis 19-Jährigen und bereits 21% der 12 bis 15-Jährigen bezeichnen sich als Raucherinnen. Gleichzeitig bestätigen 68% der jungen Raucher/innen, dass sie mit dem Rauchen aufhören oder weniger rauchen wollen. In der Gruppe der 12 bis 15-jährigen Raucher/innen ist der Prozentsatz derjenigen, die bereits mindestens einen Aufhörversuch unternommen haben, mit 57% sehr hoch (1). Es gibt also eine hohe Zahl von jugendlichen Raucher/innen, die bereits eine gewisse Eigenmotivation mitbringen, mit dem Rauchen aufzuhören. Diese Gruppe soll mit diesem Nichtraucherkurs angesprochen und unterstützt werden, ihr Ziel zu erreichen.

## **Konzeptionelle Einordnung: Was leistet „Find your style – smoke-free“ im Vergleich zu bestehenden Angeboten?**

Dieser Kurs stellt keine Alternative zu strukturellen und massenkommunikativen Maßnahmetypen dar, sondern ergänzt Bestehendes als Angebot auf personaler Ebene. Optimalerweise bildet der Kurs einen Baustein, der innerhalb eines Gesamtkonzeptes umgesetzt wird. So stellt er beispielsweise eine wertvolle Ergänzung dar für Klassen, die am bundesweiten Wettbewerb „Be smart, don't start“ teilnehmen. Rauchende Schüler/innen können im Rahmen dieser Aktion dann leichter für eine Teilnahme an diesem Raucherentwöhnungskurs gewonnen werden.

Im Rahmen der Nichtraucher-Kampagnen der Bundeszentrale für gesund-

heitliche Aufklärung (BZgA) und dem Institut für Therapieforschung IFT-Nord wurden u.a. Handbücher entwickelt, die Jugendliche auf ihrem Weg zum Nichtraucher/zur Nichtraucherin begleiten sollen. Wie Untersuchungen zeigen, sind die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit solcher Selbsthilfemaßnahmen für erwachsene Raucher/innen (evaluierte Nichtraucherurse für Jugendliche liegen nicht vor) fraglich, der Effektzuwachs wird als „knapp nicht signifikant“ zusammengefasst (2). Ihre Wirksamkeit steigt jedoch, wenn unterstützend personalkommunikative Maßnahmen angeboten werden. Viele Kursinhalte von „Find your style – smokefree“ orientieren sich an den vorliegenden Manuals und wurden an die Zielgruppe – Mädchen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren – angepasst.

## **Nichtraucherurse für Mädchen – das spezifische Profil**

### **Geschlechtsspezifische Gesundheitsgefahren**

Mädchen und Frauen mit einem dauerhaften Rauchkonsum gefährden ihre Gesundheit in mehrfacher Hinsicht. Da das Nikotin den Abbau von weiblichen Sexualhormonen beschleunigt, insbesondere der Östrogene, befinden sich Raucherinnen in einem chronischen Östrogenmangelzustand. Die Folgen davon sind vorzeitige Alterungsprozesse an Haut, Schleimhäuten und Haaren, Gelenksbeschwerden, hohe Osteoporoserate und Zyklusstörungen. Raucherinnen haben zudem ein erhöhtes Risiko für Früh-, Fehl- oder Totgeburten, vor allem wenn sie während der Schwangerschaft rauchen.

### **Weitere Gefahren sind:**

- Brustkrebs: Mädchen, die innerhalb von fünf Jahren nach ihrer ersten

Menstruation mit dem Rauchen anfangen, haben ein um 70% höheres Risiko.

- Unfruchtbarkeit: Raucherinnen sind neun Mal häufiger ungewollt kinderlos.
- Das Risiko für eine Eileiter- und Bauchhöhlenschwangerschaft erhöht sich.
- Bei einer Raucherin ist das Thrombose-Risiko deutlich erhöht. Bei einer Kombination von Pille und Rauchen verzehnfacht sich das Risiko (vor allem ab dem 35. Lebensjahr).
- Erhöhtes Risiko für Gebärmutterhalskrebs (3) (4).

Mädchen müssen deshalb auf die besonderen Risiken für den weiblichen Organismus aufmerksam gemacht werden.

## **Motive für den Einstieg**

### **Selbstinszenierung und Identität**

Im Sinne der Identitätsentwicklung besitzt Rauchen für Mädchen eine wichtige subjektive Funktionalität. Für den Einstieg in das Rauchen und für dessen Aufrechterhaltung spielen – generell bei allen Jugendlichen – hauptsächlich die Werbung, die Einstellung des Elternhauses, die Schule (Lehrer/innen) und die aus den Medien transportierten Rollenklischees zum Rauchen eine bedeutende Rolle.

Rauchen dient der Selbstinszenierung und suggeriert ein Image von Selbstbewusstsein, Autonomie, sexueller Attraktivität und Aufgeschlossenheit. Für Mädchen gilt Rauchen vielfach als modisches Verhalten und dient oft auch dem Ziel, sich nicht aus der Peer-Group auszugrenzen (1).

Dem traditionellen Bild des braven, soliden und angepassten Mädchens werden über einen bewussten Regelverstoß Werte der Unabhängigkeit und Souveränität entgegengestellt. Mädchen demonstrieren damit, dass sie – scheinbar – wissen, was sie wollen und sich dieses auch nehmen können, gemäß dem Spruch „Brave Mädchen kommen in den Himmel, böse kommen überall hin“ (5).

Auf der Suche nach dem Ich, nach der „Nicht-mehr-Kind“-Identität, erfüllt der Substanzkonsum die Funktion des Ausdrucks persönlichen Stils als angehende Erwachsene. Die verschiedenen Kurseinheiten bei „Find your style – smoke-free“ bieten eine tiefere Auseinandersetzung mit diesen oft unbewussten Ausdrucksformen der eigenen Persönlichkeit. Ziel des Kurses ist, zur scheinbaren Coolness der Raucherin die Alternative der aktiven und gesundheitsbewussten jungen Frau anzubieten, unabhängig vom „Accessoire Zigarette“.

### **Gewichtskontrolle**

Eine Repräsentativerhebung der Schweizer Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) (7) konnte einen signifikanten Zusammenhang zwischen Rauchen und Gewichtsproblemen nachweisen. 7,4% der Schülerinnen im Alter von 14 bis 15 Jahren, die Gewichtsprobleme nennen, sind Raucherinnen, aber nur 3,6% der Schülerinnen ohne Gewichtsprobleme. Rauchen wird erfahrungsgemäß häufig eingesetzt, um das Gewicht zu halten. Auch fürchten viele junge Frauen eine Gewichtszunahme, wenn sie mit dem Rauchen aufhören. Aus diesem Grunde integrieren wir eine Einheit zu Körpergewicht, Körperbild und Essverhalten, um diesen Zusammenhang zu bearbeiten und um mögliche Hindernisse beim Aufhören auszuräumen (2).



### **Motivation: Peer-Group**

Der Nichtraucherkurs spricht gezielt Mädchen und ihre Freundinnen an. Jeder Teilnehmerin, die alleine zum Kurs kommt, wird zu Beginn eine andere Teilnehmerin – als wechselseitiger Buddy – zugeordnet. Das Konzept des Buddy-Systems lehnt sich an die Theorie der Peer-Group Education und die „Soziale Unterstützung durch Sozialpartner/Vertragsmanagement“ bei Nichtraucherkursen an (2).

### **Selbstwirksamkeitsüberzeugung**

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung wird besonders für Mädchen als ein wesentlicher suchtpreventiver Schutzfaktor bewertet (7). Mädchen nehmen ihr soziales Umfeld und ihre Lebensbedingungen oft nicht als von ihnen selbst veränderbar wahr. Statt Wünsche und Interessen in die gegenwärtige Umwelt hineinzutragen, flüchten Mädchen auffallend häufig in Scheinwelten oder reagieren mit Passivität und Resignation. Eine erfolgreiche Teilnahme an einem Nichtraucherkurs mit der frühen Erfahrung einer erfolgreichen Kontrolle und Bewältigung von Suchtverhalten hat deshalb einen besonderen Stellenwert in der Persönlichkeitsentwicklung einer Jugendlichen. Auch wenn ein Mädchen irgendwann nach dem Kurs wieder zu rauchen anfängt, wird die positive Erfahrung einer zumindest zeitweiligen Abstinenz ein erneutes Aufhören erleichtern und die Erfolgchancen erhöhen (8).

### **Das Kursangebot – Aufbau und Inhalte**

„Find your style – smokefree“ ist ein achtwöchiger Kurs. Die Treffen finden einmal wöchentlich für zwei Stunden in

der Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention statt.

Wir arbeiten mit der Schluss-Punkt-Methode. Die Teilnehmerinnen setzen den Schluss-Punkt-Tag zwischen dem zweiten und dritten Treffen. Dieser Tag wird bei den ersten beiden Treffen intensiv vorbereitet. Weitere Unterstützung im Hinblick auf die oft kritische Zeit zwischen den Kurstreffen erhalten die Mädchen durch ein Nichtraucher tagebuch. Stabilisierend wirkt auch die Kontaktmöglichkeit zu ihrem persönlichen „Buddy“.

### **Kosten**

Die Mädchen zahlen einen Teilnahmebeitrag von 40,00 Euro, der jedoch nur einen kleinen Teil der Kosten deckt. Unsere Erfahrungen mit diesem Beitrag sind positiv, da er die Verbindlichkeit und Motivation erhöht. Der Großteil der Kosten – Personalkosten für die Kursleiterin, die externen Referentinnen sowie Materialien – wurden durch die Innungskassenkasse, den Landkreis Lörrach und einen Privatspender getragen.

Die Kosten für Rauchentwöhnungsprogramme für Erwachsene werden von den meisten gesetzlichen Krankenkassen zurückerstattet. Die Krankenkassen in unserer Region (Landkreis Lörrach) behandeln dieses erste Nichtraucherangebot für Jugendliche gleich wie die bestehenden Angebote für Erwachsene und erstatten ca. 80% der Teilnehmerinnenbeiträge.

### **Kursablauf**

- Vortreffen – Motivations-Check
- Laster und Leidenschaften
- Rauchgewohnheiten erkennen
- Vor- und Nachteile des Rauchens sammeln
- Erste Schritte in das Leben ohne Zigarette – worauf ist zu achten?

- Ich bin o.k. so wie ich bin – trotz Rauchstopp das Gewicht halten
- Step Aerobic – „Mehr Power beim Tanzen“
- Zwischenbilanz: Erfolge und Krisen, erfolgreiche Strategien gegen den großen „Schmacher“
- Persönlichkeit und Ausstrahlung: Typstyling und Fotoaktion
- Flirtraining
- Geschäft: Du bist Nichtraucherin! Sicherung der Motivation, „Notfall-Strategien“

### Qualifikation/Profil der Kursleiterin und externer Referentinnen

Die Kursleitung und die externen Referentinnen sind weiblich und Nichtraucherinnen.

Die Kursleiterin ist Diplom-Pädagogin, Suchtpräventionsfachkraft und besitzt eine Ausbildung zur Durchführung von Nikotin-Entwöhnungskursen. Für die einzelnen Fachthemen (Bewegung, Ernährung, Typberatung) haben wir zudem externe Referentinnen hinzugezogen.

### Erste Erfahrungen aus Kurs 1 und 2

#### Erreichung der Zielgruppe und Motivation

Es haben zwei Kurse mit insgesamt 14 Teilnehmerinnen stattgefunden. Bei acht Mädchen haben vor allem Mütter oder die Mütter von Freundinnen die Motivation der Mädchen aufgegriffen und sie zum Kurs angemeldet. Insgesamt sechs Mädchen haben sich selbst zum Kurs angemeldet, davon wurden drei Mädchen von ihrer Lehrerin auf den Nichtraucherkurs aufmerksam gemacht. Die drei anderen Mädchen haben über die Zeitung vom Kurs erfahren. Bei den Ausstiegsmotiven wird als wichtigster Grund das Geld genannt.

Überrascht hat, dass einige der Mädchen sich durch die Nikotinabhängigkeit erheblich in ihrem Freiheitsgefühl eingeschränkt fühlen. Die Aussage einer Teilnehmerin, die das Rauchen eingestellt hat, verdeutlicht dies: „Nicht zu rauchen ist ... wie eine Befreiung, eine Befreiung, eine Befreiung“. Manche der Mädchen befürchteten, durch gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie z.B. der Haut, an Attraktivität zu verlieren.

Damit eine Teilnahme der Mädchen am Kurs zustande kam, bedurfte es bei der Hälfte der Mädchen einer verstärkten Aufforderung durch nahestehende Personen wie z.B. Lehrkräfte oder Eltern. Als Erfolg ist zu werten, dass kein Mädchen den Kurs vorzeitig abgebrochen hat. Das bedeutet, dass das Kursangebot die Bedürfnisse der Zielgruppe gut trifft und die Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, festigt und verstärkt.

### Nachbefragung zu zwei Kursen (N=14)

	Vor den Kursen	Nach den Kursen
Starker Konsum		
Mehr als 20 Zigaretten pro Tag	2	-
Gewohnheitskonsum		
Bis 20 Zigaretten pro Tag	10	-
Regelmäßiger Konsum		
Weniger als 10 Zigaretten pro Tag	2	-
Gelegenheitskonsum		
Weniger als 5 Zigaretten pro Tag	-	9
Nichtraucherin	-	5

### Fazit und Ausblick

Als größtes Hindernis erleben wir die Schwierigkeit, Kursteilnehmerinnen zu gewinnen. Werden Jugendliche persönlich angesprochen und motiviert, ist die Chance groß, dass eine Teilnahme

am Kurs zustande kommt. Damit wir Jugendliche weiter sensibilisieren und gezielter erreichen können, werden wir deshalb im kommenden Jahr für Schulklassen regelmäßige Workshops zum Thema Nichtrauchen anbieten und darin u.a. für den Kurs werben.

Kurse für Erwachsene werden von Jugendlichen als wenig attraktiv empfunden, da sie nicht auf die oben beschriebene besondere Funktion des Rauchens im Jugendalter eingehen. Die guten Rückmeldungen der Kursteilnehmerinnen am Ende der Kurse und die positiven Ergebnisse bezüglich des Rauchverhaltens verdeutlichen, dass Entwöhnungskurse für Jugendliche die bisherige Angebotslücke schließen können. Die Nachbefragung zum ersten Kurs nach drei Monaten zeigte zudem, dass die Erfolge zum allergrößten Teil gefestigt oder sogar ausgebaut werden konnten (Wenig-Raucherinnen reduzierten z.B. weiter).

## Literatur

1. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2002: Jugendliche Raucher. Veränderungen des Rauchverhaltens und Ansätze für die Prävention. Ergebnisse der Wiederholungsbefragung „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001“. Köln
2. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2000: Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Gesundheitsförderung Konkret (Band 2). Köln
3. Brettin, Michael, 2003: Woran es liegt, wenn der Kindersegen ausbleibt. In: Geo 8/2003: S. 153–155
4. Prof. Dr. Leodolter, Sepp, 2003: Frauen und Rauchen. Internetadresse: [www.infoline.at/rauchen/gynaekologie.htm](http://www.infoline.at/rauchen/gynaekologie.htm). Downloaddatum: 20.12.2004
5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2003: Auf dem Weg zur rauchfreien Schule. Ein Leitfaden für Pädagogen zum Umgang mit dem Rauchen. Köln
6. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), 2001: Standpunkte – extra, 2/2001
7. Reese, Anneke; Silbereisen, Rainer, 2001: Illegale Drogen und Alkohol. In: Raithel, Jürgen (Hrsg.), 2001: Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen: S. 137–138.
8. Schwarting, Frauke, 2000: Mädchen heute: Cool, schlagfertig, selbstbewusst? Drogenkonsummuster und Mädchenbilder im Wandel. In: Dokumentation der Fachtagung: Mädchen-/Frauenbilder und Konsummuster im Wandel. 2000: S. 17–23

# *„www.feelok.ch“*

Ein internetbasiertes Präventionsprogramm für Jugendlichen zwischen  
12 und 18 Jahren – Ausstiegshilfe für rauchende Jugendliche

**Dr. phil. Ute Herrmann**

Zürich

## 1. Rauchende Jugendliche in der Schweiz

Die schweizerischen Zahlen zum Rauchverhalten Jugendlicher gleichen denjenigen aus Deutschland: 61% der 15–16-Jährigen haben schon einmal geraucht. Viele – nämlich 25,5% dieser Altersgruppe – rauchen mindestens wöchentlich. 18,5%, d.h. jeder sechste Jugendliche, rauchen sogar täglich. Das sind rund 20.000 Jugendliche in der Schweiz (Schmid H. et al., 2003).

Die Mehrzahl dieser Jugendlichen ist mit ihrem Rauchverhalten unzufrieden und möchte etwas daran ändern: Mehr als die Hälfte der 15–24-Jährigen wollen in der Schweiz mit dem Rauchen aufhören. Allerdings haben zwei Jahre später von dieser Gruppe nur 5% tatsächlich damit aufgehört (Keller R., 2005).

## 2. Überblick über feelok

Feelok ist ein internetbasiertes multithematisches Computerprogramm. Es wurde auf der Grundlage von wissenschaftlichen Kenntnissen entwickelt, d.h. es basiert auf dem transtheoretischen Modell. Ein Leitgedanke dieses Modells ist:

- „Jugendliche abholen, wo sie sich befinden“

Das Interventionsprogramm hat als Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden Jugendlicher zu fördern sowie dem risikoreichen Verhalten bzw. dem Suchtmittelkonsum vorzubeugen.

Das Programm ist gekennzeichnet durch Multidimensionalität (Themenvielfalt), durch ein Netzwerk verschiedener Fachinstitutionen (Multiinstitutionalität), durch die Evaluation von Teilprogrammen bzw. -schritten (Wissenschaftlichkeit) und didaktischen Mitteln für die Schule. Auf die genannten Aspekte soll in diesem Kapitel eingegangen werden.

Die Multidimensionalität: feelok behandelt folgende Themen: Bewegung, Ernährung, Alkohol, Cannabis, Rauchen, Stress, Selbstvertrauen und Sexualität und kann unter der Webadresse [www.feelok.ch](http://www.feelok.ch) kostenlos verwendet werden (Abb. 1).

Ein internetbasiertes Programm hat den Vorteil, dass es stets – mit geringem Zeitaufwand – aktuell und fortlaufend thematisch erweitert werden kann.

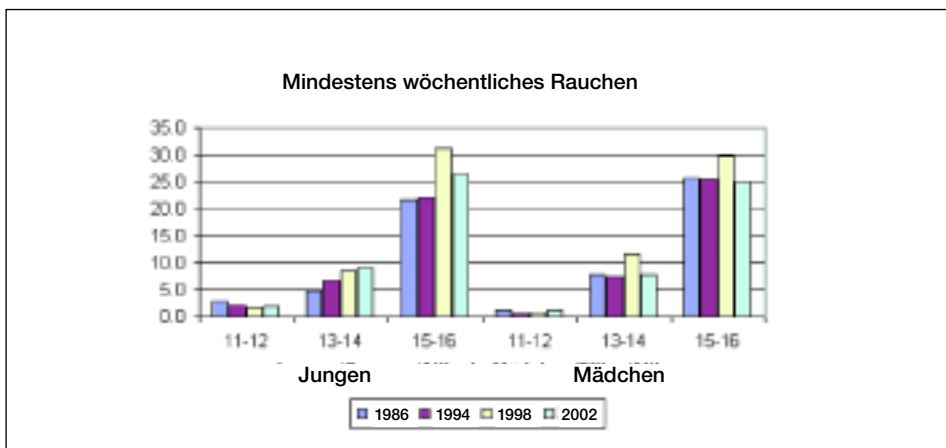




Abb. 1: Inhaltlicher Aufbau von feelok

Feelok wurde ursprünglich im Auftrag der Krebsliga Zürich am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich konzipiert (Abteilung: Gesundheits- und Interventionsforschung). Fachleute aus verschiedenen Gebieten und zahlreiche Jugendliche haben das Projektteam bei der Entwicklung und Gestaltung dieses Interventionsprogramms unterstützt.

### Das neue multi-institutionelle Konzept

Um sicherzustellen, dass die zahlreichen angebotenen Inhalte von feelok weiterhin dem wissenschaftlichen Stand entsprechen, wird die Verwaltung des ganzen Programms bis Ende 2006 dezentralisiert. Das ISPMZ ist für die Koordination und für die Evaluation von feelok zuständig. Die Inhalte wer-

den jedoch von externen Institutionen verwaltet, die für ihre Kompetenz und Glaubwürdigkeit im eigenen Themenbereich renommiert sind.

Dabei handelt es sich um:

- Züri Rauchfrei für das Rauchprogramm,
- das Bundesamt für Sport für das Bewegungs- und Sportprogramm,
- die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) für das Alkoholprogramm,
- die Fachstelle Suchtprävention Mittelschulen und Berufsbildung des Kantons Zürich (FSMS) für das Cannabisprogramm,
- das Kompetenzzentrum RessourcenPlus (R+) der Fachhochschule



Abb. 2: Multi-institutionelles Konzept von feelok

Aargau Nordwestschweiz für das Stress- und Selbstvertrauenprogramm,

- die Aids-Hilfe Schweiz und die Schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit für das Liebe- und Sexualitätsprogramm und
- die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) für das Ernährungsprogramm.

Für die Lehrpersonen stellt die neue dezentrale Organisation von feelok eine Qualitätsgarantie dar, da sichergestellt wird, dass die Inhalte von Fachpersonen in ihrem Bereich überprüft und aktualisiert werden. Sie erhalten ein Internetinstrument mit breitem Themenspektrum und Hilfen. Das multi-institutionelle Konzept ermöglicht zudem gemeinsame Implementierungsstrategien (z.B. mit Pisspoint-Werbung<sup>1</sup>) und die Evaluation von feelok.

Feelok ist in drei deutschsprachigen Ländern über eine eigene Homepage aufzurufen: in der Schweiz über [www.feelok.ch](http://www.feelok.ch), in Österreich über [www.feelok.at](http://www.feelok.at) und in Deutschland über [www.feelok.de](http://www.feelok.de). Die Partnerorganisation für Deutschland ist [www.anschub.de](http://www.anschub.de).

### Wissenschaftlichkeit

Feelok ist ein wissenschaftlich fundiertes Programm, bei dem jede Phase seiner Entwicklung, Implementierung und Erweiterung am ISPMZ (Abteilung Gesundheits- und Interventionsforschung) evaluiert wurde. Die wichtigsten durchgeführten Studien sind:

- Eine formative Evaluation (2001): Man hat in Schulen beobachtet, wie 700 Jugendliche mit feelok umgehen, um Stolpersteine zu beseitigen. Wissenschaftliche Daten wurden gesammelt, um sicherzustellen,

<sup>1</sup> Pisspoint besteht aus Klebern, die in Pissoirs angebracht werden. Von diesen Klebern kann man am Anfang nur die erste Frage lesen, wie z.B. „Triffst du mich?“. Ein schwarzer Fleck versteckt die anderen Inhalte des Klebers. Im Kontakt mit Urin verschwindet wegen der Temperaturerhöhung der schwarze Fleck, und der zweite Teil der Botschaft, der sich unter dem schwarzen Fleck befindet, wird sichtbar (z.B. „Zutreffende Infos über Sex, Rauchen und Stress findest du unter [www.feelok.ch](http://www.feelok.ch)“). Für die Mädchen gibt es eine auf weibliche Jugendliche angepasste Version dieser Sprüche auf Toilettenpapier.

dass die theoretische Grundlage von feelok angemessen ist.

- Eine Wirksamkeitsstudie (2003): Mit einem experimentellen Design hat man untersucht, welche kurzfristige Wirkung das Cannabisprogramm im schulischen Setting hat.
- Analyse des Benutzerverhaltens der feelok-Besucher/innen (2003–2004): Während eines ganzen Jahres hat man untersucht, wie die Besucher/innen feelok verwenden, welche Themen und in welcher Sequenz sie gewählt werden, wie lange die Besuche dauern usw.
- Untersuchung der Wirksamkeit der Implementierungsstrategien (2004): Verschiedene Implementierungsmaßnahmen wurden gleichzeitig eingesetzt, und es wurde in 6 Schulen überprüft, welche Strategien besonders erfolgreich waren.
- Untersuchung der Auswirkungen der strukturellen Änderung des Rauchprogramms von feelok (2005): Das Rauchprogramm von feelok wurde in seiner Struktur verändert, und man hat untersucht, welche Auswirkungen diese Änderungen auf die Bereitschaft haben, das Programm zu besuchen, sowie auf die Dauer der Besuche.
- Untersuchung der Identität der feelok-Besucher/innen (2004–2005): Untersucht wurde mit kurzen Fragebögen, die sich auf der Startseite des Programms befanden, wer feelok benutzt (z.B. Alter, Geschlecht, besuchte Schule, Rauch-, Stress-, Bewegungsverhalten usw.). Mit dieser Studie wurde es zum ersten Mal möglich, die Identität der feelok-Besucher/innen besser kennen zu lernen.

Die Berichte können unter [www.feelok.ch](http://www.feelok.ch) heruntergeladen werden.

## **Zugeschnittene Intervention für die Jugendlichen**

feelok führt die Jugendlichen je nach ihren Konsumerfahrungen (z.B. Cannabis, Rauchen und Alkohol) und Verhalten (z.B. Stress, Bewegung und Sexualität) unterschiedlich durch das Programm. Z.B. erhalten junge Menschen, die rauchen und nicht aufhören möchten, andere Informationen, Fragen und Rückmeldungen als jene, die bereit sind, auf die Zigarette zu verzichten. Gemäß dem transtheoretischen Modell sollen die Selbstwirksamkeit und die Wahrnehmung der Nachteile des Rauchens bzw. der Vorteile einer Verhaltensänderung verstärkt werden. Dadurch steigen Motivation und Absicht, so das Modell, mit dem Rauchen aufzuhören.

## **Didaktische Mittel**

Um Informationen zu vermitteln, stellt feelok nicht nur Texte zur Verfügung, sondern verwendet eine Reihe didaktischer Ansätze, die das Programm abwechslungsreich gestalten. Neben Texten werden die Inhalte auch mit Spielen, Animationen, Tests, Diskussionsforen sowie mit Videos und Assistenten vermittelt.

## **Statistische Daten rund um feelok**

Verbreitung von feelok

710.000 Besuche zwischen 2002 und Ende 2005

Anzahl Besuche pro Tag zwischen Januar und Juli 2005: 600 bis 800

Anzahl Besuche pro Tag zwischen September und Dezember 2005: 800 bis 1000



## Setting und Zielgruppe

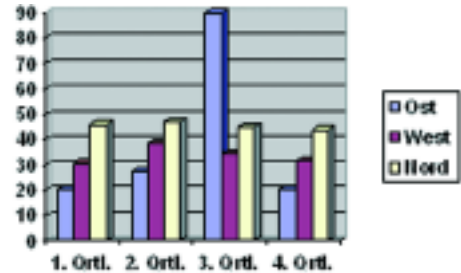
Gemäß unserer Umfrage sind

- 54% der Besuchenden Mädchen,
- etwa 80% junge Menschen zwischen 12 und 19 Jahren
- und etwa 60% besuchen das Programm im schulischen Setting, d.h. in der Schule selbst oder z.B. als Hausaufgabe.
- Etwa 80% der Besucher/innen leben in der Schweiz.

### 3. Das Rauchprogramm von feelok

Im Rauchprogramm erhalten Jugendliche allgemeine und spezifische Informationen. Je nach Konsumstatus werden sie anders angesprochen. Im Rauchprogramm gibt es sieben Gruppen: Nichtraucher (1), Neugierige (2), gelegentliche Raucher/innen (3), re-

gelmäßige Raucher/innen (4), Nachdenkliche (5), Festentschlossene (6), Ex-Raucher/innen (7).



Die größte Gruppe von Jugendlichen sind die nichtrauchenden und die regelmäßig rauchenden ohne Absicht aufzuhören, wie die nachfolgende Graphik und Tabelle zeigen.

#### Zahl der Besucher/innen des Rauchprogramms (Statistiken für die Periode 13.1. bis 6.12.2005).

Modul	N*	Echte (%)**	Durchschnitt (Min.)***	SD**** (Min.)	Tage *****
Allgemeine Sektion+	1506	54	21	21	22
Stufe 1 (Nichtraucher/innen)	1956	56	17	15	23
Stufe 2 (Neugierige)	418	45	13	17	3
Stufe 3 (Gelegenheitsraucher/innen)	831	48	14	16	8
Stufe 4 (Raucher/innen ohne Absicht aufzuhören)	1112	46	15	17	11
Stufe 5 (Raucher/innen, die daran denken aufzuhören)	564	48	15	21	6
Stufe 6 (Festentschlossene)	371	51	19	28	5
Stufe 7 (Ex-Raucher/innen)	382	50	18	28	4

+ Die allgemeine Sektion gibt es erst seit dem 13.4.2005. Die anderen Module gibt es seit dem 13.1.2005.

\* Anzahl der Besuche, die länger als 3 Min. und weniger als 4 Stunden dauern

\*\* % der Besuche, die länger als 3 Min. dauern (verglichen mit allen Besuchen des entsprechenden Moduls des Rauchprogramms)

\*\*\* Durchschnittliche Dauer der Besuche, die mindestens 3 Minuten und weniger als 4 Stunden dauern

\*\*\*\* Standardabweichung

\*\*\*\*\* Geleistete Intervention in Tagen (24 Stunden): wird berechnet aufgrund vom N und Durchschnitt



## 5. Weitere Ausstiegshilfen in der Schweiz

Die öffentliche Forderung nach Ausstiegshilfen für Rauchende im Jugendalter ist in der Schweiz noch relativ gering. Dass auch Fachleute wenig Interesse an solchen Rauchstopp-Programmen zeigen, mag mit der leider geringen Reichweite und den wenig erforschten Effekten der Hilfsangebote zu tun haben. Demzufolge gibt es in der Schweiz kaum professionell entwickelte und geführte Programme für Jugendliche, besonders keine Gruppenprogramme. Die Angebote für Erwachsene (Rauchertelefon, Gruppenkurse der Krebs- und Lungenliga) stehen grundsätzlich auch Jugendlichen offen, werden aber von diesen kaum genutzt, vielleicht weil sie ihren Bedürfnissen nicht entsprechen.

## 6. Ausblick

Die Wirksamkeit von Rauchstopp-Programmen für Jugendliche lässt sich in Settings erhöhen, die das Rauchen beschränken oder rauchfrei sind. Projekte etwa zur rauchfreien Schule oder zum rauchfreien Lehrbetrieb können Ausstiegshilfen bessere Rahmenbedingungen geben, da hier verhaltens- mit verhältnisorientierten Maßnahmen kombiniert werden. Diese Kombination erhöht die Wirksamkeit solcher Maßnahmen (Hanewinkel R., 2003).

## Literatur

Hanewinkel, R. (2003): Inhaltliche, konzeptionelle und organisatorische Bedingungen einer erfolgreichen schulischen Prävention des Rauchens, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 46; S. 677–682.

Keller, R., Krebs, H. & Hornung, R. (2003): Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum (Tabakmonitoring). Zusammenfassung des Jugendberichts. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich.

Keller R. (2005): Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum (Tabakmonitoring). Ergebnisse aus dem Jugendbericht. Präsentation anlässlich der Tagung der AT und der SFA: Abschied von der Primärprävention? 22.11.2005. Bern.

Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. N. & Kuendig, H. (2003): Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Forschungsbericht Nr. 39. SFA: Lausanne.

## *„Just 4U“*

Raucherausstiegshilfe für Jugendliche in Schulen ab der Klasse 8,  
gefördert von der IKK Niedersachsen

**Andrea Fritzsche**

Hannover

In Niedersachsen wurde mit „I lost my lung, Bob“ von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen seit 2001 ein Konzept für die Umsetzung der „rauchfreien Schule“ angeboten. Bei der Umsetzung wurde deutlich: Es gibt eine Anzahl von Schüler/innen, die Unterstützung beim Nichtrauchen benötigen. Nichtrauchertrainings für Erwachsene sind auf dem Markt. Eine Adaption für Jugendliche lag noch nicht vor.

Im Jahr 2003 wurde gemeinsam mit den Präventionsfachkräften der NLS und der IKK Niedersachsen unter Moderation und fachlicher Begleitung durch das Neuhimmel-Forum an einem Konzept für Jugendliche gearbeitet. Vorhandene Bausteine aus Konzepten der Erwachsenenurse, der Internetkurse und Materialien des IFT Nord wurden eingebunden.

Inzwischen sind in Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen Kursleiterinnen und Kursleiter geschult worden, die dieses Konzept anwenden dürfen. Die Kontakte zu diesen Kursleiter/innen können jeweils über die Landeskoordinierungsstellen Sucht und Suchtprävention hergestellt werden.

### **Die Zielgruppe**

Geplant ist das Konzept für Teilnehmer/innen ab 14 Jahren. Die Obergrenze mit 18 Jahren hat sich etwas aufgeweicht, da die Kursleiter/innen inzwischen auch Elemente in die Erwachsenenurse übernommen haben.

Das Konzept ist für folgende Teilnehmergruppen gedacht:

- Schülerinnen und Schüler einer Schule
- Schülerinnen und Schüler aus verschiedenen, nahe liegenden Schulen

- Jugendliche aus „offenen“ Jugendangeboten (z.B. Jugendzentren, Jugendfreizeiten)
- Jugendliche, die vom Angebot „gehört“ haben und sich anmelden

### **Die Einbindung**

Der Kurs findet als

- flankierende Maßnahme bei der Umsetzung der rauchfreien Schule,
- als freies Angebot z.B. einer Präventionsfachstelle,
- als unterstützendes, begleitendes Angebot im Rahmen einer mehrtägigen Veranstaltung mit Jugendlichen (z.B. Freizeit)

statt.

### **Die Voraussetzungen**

Entscheidend ist die freiwillige Teilnahme. Auch wenn der Kurs im Rahmen der flankierenden Maßnahmen bei der Umsetzung der „rauchfreien Schule“ ein geeignetes Angebot ist, kann und darf der Kurs keine Maßnahme der Sanktionen sein (Verpflichtung zur Teilnahme nach Auffälligkeit).

Der Kurs setzt im Sinne der Schlusspunktmethode auf den Rauchverzicht ab Kursbeginn. Die Motivation zu schaffen, mit dem Rauchen aufhören zu wollen, ist nicht Ziel dieses Kurses. Hierzu müssen andere Bausteine herangezogen werden.

### **Die Umsetzungsziele:**

#### **Gesundheit und Lebensqualität für Jugendliche**

Folgende Aspekte sollen durch diesen Kurs erreicht werden:

- Hilfestellung für jugendliche Schülerinnen und Schüler beim Aufhören mit dem Rauchen mit praktischen Angeboten zur gesunden Lebensführung.
- Entwicklung eines Gesundheitsverständnisses, das körperliche, seelische und soziale Gesundheitsfaktoren im Zusammenhang sieht (emotionale Kompetenz).
- Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten, die die Entwicklung von Lebensqualität unterstützt (Freizeitverhalten).
- Berücksichtigung des Alltags, indem sich die Schule den Problemsituationen der Lebenswelt von Schülerinnen und Schülern öffnet.
- Stärkung des persönlichen Bewusstseins von Aufhörwilligen in der Schule.

für den Kurs und die Übertragung auf den persönlichen Alltag sind Elemente des Kurses. Die inhaltliche Auseinandersetzung findet im Gespräch (Gruppe) und in Einzelarbeit (Fragebögen, Tests) statt.

Feste Elemente jeder Kurseinheit sind

- Bewegungsübungen, die möglichst aufeinander aufbauen (z.B. Jonglieren)
- Entspannungsübungen
- Gruppengespräch (Reflexion, Austausch, Information)
- Arbeitsbögen

Je nach Thema werden praktische Elemente hinzugenommen, z.B. zum Thema „Geschmack“ oder „Fitness“.

## Das Kursmodell



## Die eingesetzten Instrumente

Der Kurs „Just 4U“ setzt auf die Vermittlung von Erfahrungen und Erkenntnissen. Insbesondere die Erkenntnis der Selbstwirksamkeit soll erlebt und bewusst werden. Auch die Ritualgebung

## Die Erfahrungen

Der Kurs „Just 4U“ kann seit 2004 eingesetzt werden. Es sind entsprechende Kursleitende ausgebildet worden. Die Evaluation des Kurses läuft derzeit. Bislang wurden erst wenige Teilnehmer/innen befragt, so dass noch kein wissenschaftliches Ergebnis vorliegt. Es sind ca. 12 Kurse zurückgemeldet worden. Derzeit läuft die Abfrage über die Anzahl der in 2005 durchgeführten Kurse.

Je Kurs haben vier bis acht Jugendliche teilgenommen.

Die Evaluation läuft schleppend und wird zur Zeit überarbeitet (Wechsel des Instituts, das die Auswertung machen wird).

Erfolg (allerdings: kleine Erhebungsgruppe mit 40 Personen):

- Die Teilnehmer/innen bleiben zu ca. 60% bis zum Schluss des Kurses dabei.

- Der Rauchkonsum wird während des Kurses eingestellt, jedoch häufig (ca. 50%), wenn auch stark reduziert, nach dem Kurs fortgesetzt.
- Von den Raucher/innen, die „wieder einsteigen“, wollen ca. 75% bald ganz aufhören.

Der gewünschte Effekt „rauchfrei“ auch nach dem Kurs hat sich nicht erzielen lassen. Dies würde zu den Erkenntnissen aus der Nikotinsuchtprävention auch nicht passen.

Die Zufriedenheit der Jugendlichen, die den Kurs erlebt haben, ist jedoch sehr hoch, auch die Zufriedenheit mit sich selbst, es versucht zu haben und neue Erfahrungen gewonnen zu haben.

Der beste Erfolg im Sinne der Rauchfreiheit wird in den Freizeiten erzielt. Hier müssen jedoch noch die Befragungen nach sechs Monaten erweisen, ob sich dies bestätigt.

Probleme in der Administration und Abwicklung:

- Obwohl die Kurse und die Kursleitung durch die IKK Niedersachsen als erstattungsfähige Kurse der Gesundheitsförderung anerkannt sind, gibt es Probleme mit der Kursgebühr.
- Jugendliche können die Kursgebühr nicht selbst zurück erhalten!
- Eltern einbinden: oft unerwünscht!
- Zeit für den Kurs: ggf. Probleme mit Fahrschülern (Rahmenbedingung).
- Die Teilnahme legt ein hohes Niveau fest: rauchfrei ab Kursbeginn!

Optimal wäre eine Finanzierung der Kursleitung über Projektmittel. So wäre nur eine Kurskaution mit der Möglichkeit der Rückerstattung nach regelmäßiger Teilnahme einzusetzen, die eine Einbindung Dritter (Eltern, Schule, Krankenkasse) für die Kursgebührenstattung erübrigen würde.

# *„Und Tschüss ...!“*

Der Kurs zum Rauchstopp, eine Ausstiegshilfe für rauchende Jugendliche in Hamburg

**Sigrid Witt**

Hamburg



Erfahrungen in Hamburger Schulen haben gezeigt, dass eine nicht unerhebliche Zahl junger Schüler/innen raucht. Die in Hamburg durchgeführte Befragung SCHULBUS<sup>1</sup> hat ergeben, dass das Einstiegsalter der jugendlichen Raucher/innen bei 12,8 Jahren liegt. Angesichts der hohen Verbreitung des Tabakkonsums unter jugendlichen Schüler/innen konnte von der Bedeutung des Nikotins als Einstiegsdroge gesprochen werden. Es stellte sich die Frage, ob für diesen Personenkreis ein Hilfsangebot vorhanden war. Recherchen ergaben, dass im Rahmen der Suchthilfe kein Angebot in Hamburg bestand.

Die Amtsleiterrunde „Drogen“ beauftragte das SuchtPräventionsZentrum federführend in Zusammenarbeit mit dem IFT-Nord, Fachleuten aus der ambulanten Suchtberatung, der HAG, den Krankenkassen, Schulärzten und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte einen möglichst kassenfinanzierbaren Raucherentwöhnungskurs für Jugendliche zu entwickeln. Ein im SuchtPräventionsZentrum koordinierter Arbeitskreis (Mitglieder: IFT-Nord, DREI Suchtberatung, VIVA Wandsbek, Mitarbeiter/innen des SPZ) hat einen Kurs zum Rauchstopp erarbeitet. Dieser Kurs wird vom ZIS (Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung) wissenschaftlich begleitet.

Der Kurs trägt den Titel „Und Tschüss ...!“: Das ist ein typischer Abschiedsgruß in Hamburg. Der Kurs wird seit dem August 2005 angeboten, und die Flyer wurden in allen Schulen mit einer Sekundarstufe I sowie allen weiterführenden und beruflichen Schulen verteilt.

Der Kurs schließt die Lücke zwischen „Be smart – don’t start“ für die noch nicht rauchenden Schüler/innen und den Ausstiegshilfen für Erwachsene.

Das gesetzliche Rauchverbot für Hamburger Schulen hat das Thema weiter aktualisiert. Für ausstiegswillige Raucher/innen wird damit neben dem schulischen Rauchverbot ein Angebot bereitgestellt, das den Rauchstopp ermöglichen kann. Fazit: Rauchen *verbieten*, Ausstiegshilfen *anbieten*.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, mit dem Rauchen aufzuhören: Die Jugendlichen können z.B. individuell im Internet (Just be smokefree) daran arbeiten oder einfach selber aufhören, nach der Schlusspunkt-Methode, oder verbindlich an einem Programm teilnehmen. Wir bieten eine verbindliche Teilnahme an einem Programm in der Gruppe an, das mit der Schlusspunkt-Methode arbeitet.

Die Erfahrung in der Beratung mit jugendlichen Raucher/innen hat bei den Kolleg/innen des Arbeitskreises gezeigt, dass ganz junge Raucher/innen unter 15 Jahren oft noch keine Motivation zum Rauchstopp haben. Deshalb wurde der Kurs für Jugendliche ab 15 Jahre entwickelt (wovon im Einzelfall abgewichen werden kann).

### **Der Arbeitskreis hat 4 Themen von Jugendlichen in den Mittelpunkt gestellt:**

- 1) der oft unkritische Umgang mit und das fehlende Wissen von den Strategien der Tabakwerbung,

---

1 Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln, Hamburger SCHULBUS von 2004

- 2) die Gründe und Auslöser für das Rauchen, die Jugendlichen oft nicht bewusst sind,
- 3) typische Probleme in der Pubertät (wie z.B. Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen oder dem anderen Geschlecht),
- 4) die Schwierigkeit, sich zu entspannen.

Der Kurs besteht aus 4 Bausteinen, die aufeinander aufbauen.

### **Baustein I: Jetzt geht's los!**

Hier geht es um Kursregeln, das gegenseitige Kennenlernen, gegenseitige Unterstützung, persönliche Raucher-geschichte, Fagerström-Test, typische Raucher-Motive, einen Tandempartner/in finden, über den Erfolg/Misserfolg von Rauch-Pausen zu sprechen.

*Ziele: Die Teilnehmer/innen erkennen ihre Tabakabhängigkeit, und Gruppen-zusammenhalt wird geschaffen.*

### **Baustein II: Sich schlau machen**

In diesem Baustein geht es darum, dass den Teilnehmer/innen bewusst wird, wie wenig sie darüber informiert sind, was die Substanz Tabak bewirkt und wie komplex die Prozesse sind, die zu einem abhängigen Verhalten führen. Dazu wird ausführlich über Schadstoffe, Beimengungen, die Mauer der Abhängigkeit informiert, ein Rauch-Quiz veranstaltet, eine Normkorrektur (die Mehrzahl der Jugendlichen raucht nicht) vorgenommen, die Strategien der Tabakindustrie analysiert. Das Rauchen wird als erlernte Verhaltensweise

(klassisch/operante Konditionierung) kennen gelernt, die auch wieder verlernt werden kann.

*Ziel: Über das Verstehen zur Verhaltensänderung*

### **Baustein III: ... Und Tschüss!**

Das Besinnen auf und Entdecken eigener Stärken wird gefördert (z.B. Flirt-übungen), zu erwartende Entzugerscheinungen werden besprochen, positive Veränderungen werden aufgezeigt, Rituale zum Rauchstopp werden umgesetzt, denn der Rauchstopp beginnt. Der Wohlfühl-Koffer wird gepackt, Umgang mit Risikosituationen wird erprobt, Tipps zum Essverhalten werden gegeben, Alternativen zum Rauchen werden zusammengetragen. Die Grundlagen für die Nachhaltigkeit des Kurses werden gelegt.

*Ziel: Rauchstopp*

### **Baustein IV: Ich bin rauchfrei!**

Rollenspiele zum Nein-Sagen werden geübt, Erfahrungen werden ausgetauscht, das Selbstvertrauen wird gestärkt, Rückfallprophylaxe sichert Stabilität und Erfolg für die rauchfreie Zukunft, die Nachhaltigkeit wird unterstützt, die Teilnehmer/innen belohnen sich selbst.

Der Termin für ein Treffen nach einem Monat wird festgelegt

*Ziel: Rauchfrei leben! Eigenverantwortung übernehmen (jeder entscheidet selbst über seine Rauchfreiheit).*

Für alle Bausteine gilt, dass mit folgenden Methoden gearbeitet wird:

- Gruppen-Diskussionen,
- Selbstreflexion,
- Fantasiereisen,
- Entspannungsübungen,
- Paar- und Gruppenarbeit,
- kleine Bewegungseinheiten,
- Rollenspiele,
- Kreativitätstechniken,
- Konfliktmanagement.

Die Kursleitung ist und bleibt Ansprechpartner/in für die Dauer des Kurses und danach.

## **Organisatorische Einzelheiten**

Anmeldungen werden gesammelt. Persönliche/telefonische Vorgespräche finden vor dem Kursbeginn statt.

Die Gruppengröße sollte 14 Teilnehmer/innen nicht überschreiten.

Der Kurs findet an einem geeigneten Ort (z.B. SPZ) statt, könnte aber auch in einer Schule durchgeführt werden.

Der Kurs kann als Wochenendkurs (2 Wochenenden) oder als vierwöchentlicher Kurs angeboten werden.

Der Kurs kostet 20 Euro, die als Aufwandsentschädigung verwendet werden.

Da der Kurs wissenschaftlich begleitet wird (Fragebogen), brauchen Minderjährige das schriftliche Einverständnis ihrer gesetzlichen Vertreter.

# *Die Landesinitiative NRW* *„Leben ohne Qualm“*

Schulische Tabakprävention und -entwöhnung

**Karin Franke**

Mülheim

## 1. Ziele, Partner und Aktivitäten der Landesinitiative

Die Landesinitiative „Leben ohne Qualm“ hat sich zum Ziel gesetzt, zur Förderung des Nichtrauchens und zur Verringerung der Tabakabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen beizutragen.

Die Initiative gründete sich – angeregt durch die Landesgesundheitskonferenz NRW – im Jahre 2001. Sie ist ein Gemeinschaftsprojekt des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in enger Abstimmung mit dem Ministerium für Schule und Weiterbildung und der Gesundheitskonferenz NRW. Insbesondere beteiligt sind die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ärztekammern und die Deutsche Krebshilfe. Weitere Partner sind eingebunden.

Partner der Landesinitiative  
(Stand 01/2006):

AOK Rheinland, AOK Westfalen-Lippe, BKK-Landesverband NRW, Bundesknappschaft, Deutsche Krebshilfe, Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, IKK-Landesverband Nordrhein, Vereinte IKK/IKK-Westfalen-Lippe, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Ministerium für Schule und Weiterbildung NRW, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband, VdAK/AEV Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Weitere Partner: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Deutscher Städtetag NRW, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Landkreistag NRW.

Neben den kontinuierlichen landesweiten Rahmenaktivitäten wie Öffentlichkeitsarbeit, jährliche HipHop-Wettbewerbe und Prämierungen von Tabakpräventionsprojekten informiert die Landesinitiative zum Thema Tabak (prävention) und entwickelt (Arbeits-) Materialien für die Öffentlichkeit und für Fachkreise (siehe [www.loq.de](http://www.loq.de)).

Die Landesinitiative erfüllt – unterstützt durch die örtlichen Prophylaxefachkräfte – wichtige beratende und koordinierende Funktionen und fördert die kommunale und landesweite Vernetzung.

Der Bereich schulische Tabakprävention bildet seit 2004 einen Schwerpunkt.

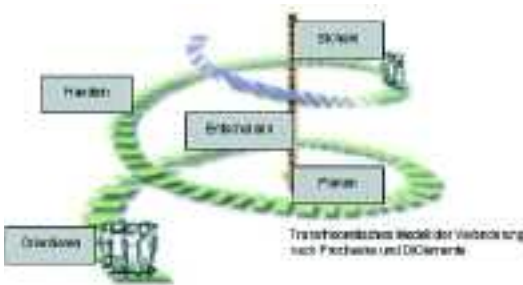
## 2. „Rauchfreie Schule – ein Programm in fünf Schritten“



Mit dem Programm „Rauchfreie Schule – ein Programm in fünf Schritten“ will die Landesinitiative

- Schulen motivieren, sich mit dem Thema Rauchen auseinander zu setzen (erste Intervention: Motivierende Befragung) und
- Schulen bei der Förderung des Nichtrauchens möglichst „passgenaue“ Unterstützung geben ((Info-) Materialien und Beratung). Grundlage des Konzeptes bildet das „Transtheoretische Modell (TTM) der Verhaltensänderung nach Pro-

chaska und DiClemente. Im Modell wird davon ausgegangen, dass Veränderung ein Prozess ist, der sich in Phasen vollzieht (siehe Schaubild). Entsprechend unterscheidet die Landesinitiative fünf Schritte oder Phasen, die für den erfolgreichen Weg zur rauchfreien Schule notwendig sind.



In zehn Modellregionen\* wurde eine „motivierende Befragung“ durchgeführt, die u.a. zeigen sollte, in welcher „Phase der Veränderungsbereitschaft“ sich die jeweiligen Schulen befinden und welche Art von Unterstützung die Schulen sich wünschen.

Auf Grundlage der Befragungsergebnisse können Schulen „phasenspezifisch“, d.h. durch abgestimmte Informations- und Beratungsangebote, unterstützt werden.\*\*

## 2.1. Das Schulkonzept als Grundlage schulischer Tabakprävention

Seit dem 01.08.2005 gilt ein generelles Rauchverbot an Schulen in NRW. Demnach ist das Rauchen auf dem Schulgrundstück zwar generell verboten, es können jedoch Ausnahmen gemacht werden.

§54 Schulgesundheit (Auszug)

(5) Auf dem Schulgrundstück sind im Zusammenhang mit schulischen Veranstaltungen der Verkauf, der Ausschank und der Genuss alkoholischer Getränke sowie das Rauchen untersagt. (...)

Über Ausnahmen entscheidet die Schulkonferenz (...).

Das Rauchverbot ist eine wirksame Maßnahme zur Förderung des Nichtrauchens an Schulen. Verbote allein genügen jedoch nicht, wenn Tabakprävention sinnvoll und langfristig wirksam sein soll.

Erfahrungen zeigen, dass schulische Tabakprävention dann nachhaltig wirksam ist, wenn ein ausgewogenes Gesamtkonzept entwickelt und umgesetzt wird.

In diesem Rahmen sind Rauchverbote und Angebote zur Tabakentwöhnung wichtige Elemente.

Ein „ausgewogenes“ Konzept enthält

- verhältnisbezogene (Rauchverbote, Abschaffung von Zigarettenautomaten)

\* Zu den Modellregionen gehören: Aachen, Bergisch-Gladbach, Dortmund, Emsdetten-Greven, Heinsberg, Mülheim, Recklinghausen, Unna, Warendorf und Wesel.

\*\* Siehe zum Angebot der Landesinitiative Punkt 2.3.

und

- verhaltensbezogene Maßnahmen, z.B.
  - Lebenskompetenzförderung für die Klassen 5 und 6,
  - Aufklärung und Diskussion für die Klassen 7 und 8,
  - Raucherentwöhnung für Klasse 9 und 10.

Entsprechend sollte ein Schulkonzept folgende Elemente enthalten:

- Regeln für die Rauchfreiheit und zum Umgang mit Verstößen gegen diese Regeln,
- Beteiligung an Impulskampagnen und Wettbewerben zum Nichtrauchen für die Klassen 5 bis 9,
- Durchführung von Maßnahmen zur Förderung der allgemeinen Lebenskompetenzen der Schüler/innen,
- Umsetzung von Maßnahmen und Projekten, die auf die Region und ihre Schule besonders zugeschnitten sind – in Zusammenarbeit mit den Fachkräften aus der Suchtvorbeugung (Prophylaxefachkräften),
- Nutzung des Fachunterrichtes, um das Rauchen auf unterschiedliche Art und Weise zum Thema zu machen,
- Angebote und Hilfen, um sich das Rauchen abzugewöhnen.

Die Landesinitiative und die Prophylaxefachkräfte vor Ort beraten Schulen u.a. bei der Planung und Entwicklung eines Gesamtkonzeptes und unterstützen diese bei der Umsetzung einzelner Elemente.

## 2.2. Das Tabakentwöhnungsangebot der Landesinitiative

Tabakprävention an Schulen erfordert ein hohes Engagement und Geduld. Schulen, die sich spontan entschließen, „tätig zu werden“, denken oft zunächst daran, Tabakentwöhnungskurse für die oft auffällig gewordenen rauchenden Schüler/innen anzubieten. Tabakentwöhnungskurse sind neben Anti-Rauch-Kursen wichtige Bausteine im Rahmen eines schulischen Präventionskonzeptes; Bausteine jedoch, die sinn- und planvoll eingebunden sein sollten.

Entwöhnungskurse können nur da erfolgreich sein, wo Schüler/innen ein nichtraucherfreundliches Umfeld vorfinden. Eine Schule, die über das Thema Rauchen (in Projekten, Unterricht u.a.) informiert und aufklärt, die Ursachen und Folgen des Rauchens diskutiert und eine klare Haltung zum Thema Rauchen für alle nachvollziehbar vertritt, wird wiederum Schüler/innen eher motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören.

So empfiehlt es sich, planvoll im Sinne des „Fünf-Schritte-Programms“ vorzugehen und Tabakentwöhnung dann anzubieten, wenn ein Schulkonzept (siehe oben) zur Tabakprävention entwickelt und beschlossen ist und bereits begonnen wurde, durch ein Regel- und Sanktionssystem, durch Projekte und verschiedenste Angebote den Schulalltag rauchfrei zu gestalten (nach dem „Fünf-Schritte-Programm“ in der Phase „Handeln“).



Das Tabakentwöhnungsprogramm „Just4U“ ist ein wichtiger Baustein im Unterstützungsangebot der Landesinitiative in der Phase „Handeln“. In Kooperation mit der IKK (Innungskrankenkasse) bildete die Landesinitiative im Jahre 2005 15 Prophylaxefachkräfte zu Just4U-Trainer/innen aus. Entsprechend wird das Programm in den zehn Modellregionen und in fünf weiteren NRW-Regionen\* für weiterführende Schulen angeboten.

Materialien (bisher 4 Ordner plus Schuber) sind in den Modellregionen über die Prophylaxefachkräfte kostenlos erhältlich; NRW-weit gegen 50,- Euro Selbstkostenpreis plus Versandkosten. Materialien stehen auch zum Download unter [www.loq.de](http://www.loq.de) bereit (NRW-weit über die örtlichen Prophylaxefachkräfte).

### Das Unterstützungsangebot für Schulen – Infos – Materialien – Beratung



**Schulische Tabakprävention**

**Das Angebot**

**Unterstützung für Schulen**  
(phasenspezifisch nach dem TFM-Modell)  
**In 10 NRW-Modellregionen:**  
Aachen, Bergisch-Gladbach, Dortmund, Emsdetten-Greven, Heinsberg, Mülheim, Recklinghausen, Unna, Warendorf und Wesel

- Info- und Unterrichts-Materialien
- Beratung (per Email und face-to-face)
- Tabakentwöhnung (bisher für 15 Regionen)
- Öffentlichkeitsmaterialien u.a.m.

2006: Ausweitung des Angebots auf NRW.




**Infos/Materialien/Beratung**



**www.loq.de**



\* Über die 10 Modellregionen (Aachen, Bergisch-Gladbach, Dortmund, Emsdetten-Greven, Heinsberg, Mülheim, Recklinghausen, Unna, Warendorf und Wesel) hinaus wird das Programm in Bonn, Hamm, Solingen und Wuppertal angeboten.





Weitere Informationen und Kontakt:  
[www.loq.de](http://www.loq.de)

Karin Franke (ginko – Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW)  
 Tel.: 0208/30069-32  
 E-Mail: [k.franke@ginko-ev.de](mailto:k.franke@ginko-ev.de)

- 1) Für die Modellregionen gibt es ein HipHop-Workshop-Angebot begleitend zum Wettbewerb.
- 2) HipHop-Wettbewerbsflyer, Plakate und Info-Flyer der Landesinitiative sind landesweit gegen Versandkosten beziehbar.

*„Take Control!“  
Weniger-Rauchen-Projekt an Schulen  
und Betrieben*

**Dr. Christian Vogel**

Linz

## **Kurzbeschreibung**

„Take Control“ ist ein Gesundheitsförderungsprogramm für Jugendliche zum Thema Rauchen mit den folgenden wesentlichen Bestandteilen bzw. Bedingungen:

- Weniger-Rauchen-Kurs: Im Mittelpunkt des Programms steht ein Raucherentwöhnungskurs mit 4 wöchentlichen Terminen von je einer Stunde.
- Jugendliche: Zielgruppe des Programms sind Jugendliche im Alter bis zu 21 Jahren.
- Trainer/innen: Der Kurs wird von speziell ausgebildeten Trainer/innen durchgeführt.
- Schulen und Betriebe: Die Organisation des Kurses findet über Schulen und Betriebe statt. Angesprochen werden die jeweiligen Schüler/innen bzw. Lehrlinge.
- Infoveranstaltung: Zur Ankündigung des Kurses und zur Intensivierung der Auseinandersetzung der Zielgruppe mit dem Thema Rauchen sollen vor dem Kurs Infoveranstaltungen durch Lehrer/innen bzw. die Kurstrainer/innen durchgeführt werden.

## **Begründung der Maßnahmen**

### **Raucherentwöhnung für Jugendliche als notwendiger Bestandteil von Tabakprävention**

„Rauchen wird heute in der EU sowie international als der bedeutendste Risikofaktor im Gesundheitsverhalten der jugendlichen Bevölkerung angesehen. Zahlreiche Studien und Forschungsarbeiten, die in den vergangenen Jahren zum Thema Rauchen durchgeführt wurden, konstatieren sowohl eine Zu-

nahme des Tabakkonsums unter Jugendlichen als auch die Tendenz zu einem immer jüngeren Einstiegsalter: Mehr als 90% der Raucher/innen im Erwachsenenalter haben vor ihrem 18. Lebensjahr zu rauchen begonnen.

Die Frage „Wie oft rauchst du derzeit Tabak?“ beantworten noch 96% der 11-Jährigen und 85% der 13-Jährigen, aber nur mehr 55% der 15-Jährigen mit „gar nicht“. Mit 13 Jahren rauchen 11% der Knaben und 13% der Mädchen bereits gelegentlich (seltener als einmal pro Woche und einmal oder öfter pro Woche), mit 15 Jahren wächst die Zahl derjenigen, auf die dies zutrifft, bei den Knaben auf 21% und bei den Mädchen auf 26%. Auch für Rauchen gilt, was auch schon für Alkoholkonsum gesagt worden ist: Ein gewisses Probierverhalten ist notwendig, um der Versuchung nicht nur auszuweichen, sondern wirkungsvolle Kontrollfähigkeiten zu entwickeln.

Als harter Indikator für problematisches Rauchverhalten, das auch bei jedem Zweiten schon Suchtcharakter hat, gilt daher das tägliche Rauchen, welches in der Altersgruppe der 15-Jährigen immerhin für 20% der Knaben und sogar 25%, also ein Viertel aller Mädchen zutrifft. (aus DÜR, W., MRAVLAGE, K. (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990. Wien: LBIMGS. (hbcs /17)).

Angesichts dieser Zahlen steht die Notwendigkeit der Tabakprävention bei Jugendlichen außer Frage. Als wesentlicher Ansatzpunkt wird neben strukturellen Maßnahmen und dem Einsatz

traditioneller Suchtpräventionsprogramme auch das Angebot von Weniger-Rauchen-Kursen gesehen, so etwa in der wegweisenden Richtlinie des amerikanischen Gesundheitsministeriums zur Prävention des Rauchens in der Schule (vgl. HANEWINKEL, R. (2003): Inhaltliche, konzeptionelle und organisatorische Bedingungen einer erfolgreichen schulischen Prävention des Rauchens, Bundesgesundheitsblatt 8/2003).

Besonders dringlich wird die Implementation wirksamer sekundärpräventiver Weniger-Rauchen-Kurse durch den relativ schnellen Prozess der Abhängigkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen (COLBY S.M., TIFANI, S.T., SHIFFMAN S., NIAURA R.S. (2000): Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence, Drug and Alcohol Dependence, 59, 83–95).

*„Das Jugendalter lässt sich als die kritische Phase identifizieren, in der sich für viele Raucher der Übergang vom gelegentlichen zum regelmäßigen, abhängigen Konsum vollzieht.“* (HEPPEKAUSEN, K., KRÖGER, C., REESE, A. (2001): Methoden und Ergebnisse der Raucherentwöhnung von jugendlichen Rauchern. Prävention; 24: 44–47)

Nach Nelson & Wittchen erfüllen 19% der 14–24-Jährigen in Deutschland die DSM-IV-Kriterien für Nikotinabhängigkeit, das sind 50% der rauchenden Jugendlichen (NELSON, C.B. & WITTCHEN, H-U. (1998): Smoking and nicotine dependence. European Addiction Research; 4: 42–49, zitiert nach HEPPEKAUSEN et. al. (2001)).

Gerade bei dieser Zielgruppe ist es wichtig, Kontroll-, Reduktions- bzw. Ausstiegshilfen anzubieten, bevor zusätzlich zur physischen Abhängigkeits-

entwicklung langjährige (und nur sehr schwer reversible) psychische Gewöhnungsprozesse beim Übergang ins Erwachsenenalter das Aufhören mit dem Rauchen weiter erschweren.

## **Teilnahmemotivation der Zielgruppe**

„Internationalen Studien zufolge bereuen zwei Drittel der Raucher/innen bereits im Alter von 17 Jahren, dass sie zu rauchen begonnen haben, rund die Hälfte hat bereits einmal erfolglos versucht, die Gewohnheit aufzugeben, und rund 40% äußern den Wunsch nach einer Therapie zum Ausstieg aus dem Tabakrauchen (MOOLCHAN (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), 2000).

Im HBSC-Fragebogen wurde 2001 erstmals die Intention der 15-jährigen Raucher/innen, mit dem Rauchen aufzuhören untersucht. Die Frage „Denkst du ernsthaft daran, mit dem Rauchen aufzuhören?“ beantworten 12% der rauchenden Knaben und 15% der rauchenden Mädchen positiv. 7% der Knaben und 6% der Mädchen gedenken dem Rauchen innerhalb der nächsten 30 Tage zu entsagen, und 5% der Knaben und 9% der Mädchen wollen innerhalb der nächsten 6 Monate damit aufhören (DÜR, W., MRAVLAK, K. (2002)).

Noch höhere Werte berichtet die aktuelle HBSC-Studie für die täglich rauchenden Schüler/innen: Diese denken zu 43% (Knaben) und zu 38% (Mädchen) ernsthaft daran, mit dem Rauchen wieder aufzuhören. *„Bei vielen ist jedoch bereits Abhängigkeit eingetreten: 34% geben an, dass sie es keinen ganzen Tag ohne Zigarette aushalten*

können“ (HBSC Factsheet Nr. 1 (2003). Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie).

Die Motivation, mit dem Rauchen wieder aufzuhören, ist also bereits bei Jugendlichen nachweisbar vorhanden; die im Jahre 2001 in Deutschland durchgeführte Drogenaffinitätsstudie kommt ebenfalls zu optimistischen Daten: So möchten 31% der 12- bis 25-jährigen Raucher/innen gerne ganz aufhören, und weitere 37% würden am liebsten ihren Konsum reduzieren. 60% haben bereits einen oder mehrere erfolglose Aufhörversuche hinter sich (BZgA (2001): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001).

Allerdings sind Jugendliche in ihren Annahmen über ihren Erfolg, sich das Rauchen abzugewöhnen, in der Regel zu optimistisch. Viele junge Raucher/innen glauben, sich allein das Rauchen abgewöhnen zu können, scheitern dabei jedoch häufig. *„Die Angaben über Erfolgsraten bei selbst initiierten Aufhörbemühungen variieren zwischen 0% bis 11% nach 6 Monaten“* (SUSSMAN, S., DENT, C., SEVERSON, H., BURTON, D. & FLAY, B. (1998): Self initiated quitting among adolescent smokers. Preventive Medicine; 27: 19–28; nach HEPPEKAUSEN et al. (2001)). Die institutionelle Organisation und professionelle Betreuung von gesundheitsfördernden Weniger-Rauchen-Kursen kann hier den Jugendlichen wichtige Hilfestellungen leisten.

### **Pragmatische Gründe**

Neben der beschriebenen Notwendigkeit, Dringlichkeit und Teilnahmemotivation gibt es auch eher pragmatische

Gründe für das Angebot von Gesundheitsförderungsprogrammen mit Bezug auf das Rauchverhalten von Jugendlichen.

So besteht von Seiten der Schule (insbesondere der Schulärzteschaft) sowie von Seiten der lehrlingsausbildenden Betriebe erhebliche Nachfrage nach solchen Angeboten, die an die Suchtpräventionsstelle gerichtet werden. Ein Weniger-Rauchen-Kurs in Schulen und Betrieben durch die Suchtpräventionsstelle kann somit einen aktuellen – und vor allem motivierten! – Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen decken, die Position der Suchtprävention in diesen Einrichtungen stärken und die Professionalität und öffentliche Kontrolle über diese Maßnahmen sicherstellen. Dies ist umso mehr relevant, als auch Anbieter ebenfalls beginnen, diesen „Markt“ für sich zu erschließen; deren Programme werden dabei z.T. von kommerziellen Motiven bestimmt bzw. orientieren sich nicht zwingend an dem hohen Qualitätsstandard, den das oberösterreichische Institut Suchtprävention nachdrücklich verfolgt.

Die Nachfrage nach rauchbezogenen Gesundheitsförderungsprogrammen in Schulen und Betrieben ist Teil einer begrüßenswerten gesellschaftlichen Relevanz des Themas Rauchen, einem wesentlichen Ziel der Suchtprävention. Diesen „Trend“ gilt es nun zu nutzen und durch die Implementation eines professionellen, breit angelegten Programms das Angebot von rauchbezogenen Gesundheitsförderungsprogrammen als wesentlichen Teil präventiven Handelns zu verankern. So – aber auch nur so – können nachhaltige Effekte in der Tabakprävention erreicht werden.

## **Zielgruppe**

### **Jugendliche ab 16**

Ab einem Alter von 16 Jahren dürfen Jugendliche in der Öffentlichkeit rauchen und sind damit nicht mehr dem Vorwurf des Verbotenen ausgesetzt, wenn sie sich mit ihrem Rauchverhalten gegenüber anderen, insbesondere Erwachsenen, auseinandersetzen. Ab diesem Alter kann bereits ein höheres Maß an Reife und Reflexionsfähigkeit vorausgesetzt werden als etwa bei klassischen schulischen Präventionsprogrammen für Kinder. Zudem kann bei dieser Altersgruppe selbst bei einem eher spät angesetzten mittleren Einstiegsalter von ca. 14 Jahren (HBSC Factsheet Nr. 1 (2003)) bereits auf eine längere Raucherfahrung zurückgegriffen werden – wesentliche Voraussetzung für eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der Konsumveränderung.

### **Schüler/innen und Lehrlinge**

Jugendliche dieser Altersgruppe sind in der Regel Schüler/innen und/oder Lehrlinge, das bedeutet, sie sind in einem schulischen bzw. betrieblichen institutionellen Rahmen eingebettet. Dieser Rahmen bietet gute Möglichkeiten, die Zielgruppe effizient und in großer Breite zu erreichen.

Die Altersgruppe wird nach oben hin dadurch von selbst etwa bei 21 Jahren beschränkt.

### **Ziele und Methodik des Weniger-Rauchen-Kurses**

Nach einer Metastudie über die Ergebnisse verschiedener Methoden der Raucherentwöhnung bei Jugendlichen (HEPPEKAUSEN et. al. (2001)) werden

die Informationen über kurzfristige Konsequenzen des Tabakkonsums sowie die Vermittlung von Copingstrategien als besonders wirksame Komponenten solcher Interventionen angesehen. Der Einsatz von Nikotinersatzpräparaten scheint dagegen weniger Erfolg versprechend – zumindest für Jugendliche.

### **Konsequenzen des Rauchens und Aufhör-Motivation**

Ein wesentlicher Bestandteil des Kurses sind Information und Diskussion über die Folgen des Rauchens, dabei stehen die kurzfristigen und eher belastenden statt schädlichen Konsequenzen im Vordergrund: schlechter Geruch, verringerte Kondition, hohe Kosten etc. Über diese Themen funktioniert auch die Motivation der Teilnehmer/innen, mit dem Aufhören zu beginnen und bei Schwierigkeiten durchzuhalten. Wichtig ist dabei natürlich eine positive Umdeutung im Sinne eines Gewinnes, der durch das „Nicht-rauchen“ entsteht.

Bei Infoveranstaltungen zum Rauchen stehen ebenfalls die Konsequenzen des Rauchens im Mittelpunkt, um die Motivation, am Kurs teilzunehmen, zu stärken.

### **Selbstkontrolle**

Zweiter wesentlicher Bestandteil des Kurses ist das Prinzip der Selbstkontrolle, abgeleitet aus verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Die Teilnehmer/innen sollen lernen, ihr Rauchverhalten, das zum Teil bereits scheinbar unbewusst bzw. unkontrollierbar stattfindet, wieder unter Kontrolle zu bekommen. Eingesetzt werden dazu Hilfsmittel wie Strichlisten, Rauchtage-

bücher, freiwillige Verträge etc. Eine Erfolgsmeldung findet zum einen über den Rückgang der gerauchten Zigaretten, aber auch über die wiederholte Schadstoffmessung in der Atemluft statt.

Die so erreichte Steigerung der Selbstkontrollfähigkeit der jugendlichen Raucher/innen ist wichtige Grundlage für weitere Aufhörversuche sowie verantwortliches, gesundheitsbewusstes Konsumverhalten über das Rauchen hinaus.

## **Copingstrategien**

Das Rauchen hat bei vielen Menschen einen wichtigen Stellenwert im Alltagsverhalten. Es strukturiert Abläufe, reguliert Emotionen und wird zum Teil der Identität. In bestimmten Situationen nicht mehr zu rauchen wird insofern als Verlust erlebt, der bewältigt werden muss, hinzu kommt das aus der Gewohnheit entspringende starke Verlangen, mit dem ebenfalls umgegangen werden muss.

Zu diesem Zweck erlernen und diskutieren die Teilnehmer/innen sog. Copingstrategien, mit denen sie das „Nichtrauchen“ bewältigen können, dazu gehören alternative Handlungsmöglichkeiten ebenso wie Entspannungsverfahren.

## **Ziel: Abstinenz**

Als Ziel des Weniger-Rauchen-Kurses steht dabei die Abstinenz im Vordergrund; für solche Programme für Jugendliche werden zufrieden stellende Erfolge, die etwa mit denen bei erwachsenen Rauchern vergleichbar sind, erwartet (FIORE et al. (2000): Treating tobacco use and dependence – clinical

practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services). Aber auch die Reduktion des Zigarettenkonsums wird als Erfolg eines solchen Programms gewertet (mittlere Reduktionsrate 49% nach SUSSMAN, S., LICHTMAN, K., RITT, A. & PALLONEN, U. (1999). Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. Substance Use and Misuse, 34 (11): 1469–1503).

Der Weniger-Rauchen-Kurs zielt prinzipiell auf die Abstinenz der Raucher/innen, eine Reduzierung des Rauchens wird jedoch ebenfalls als Erfolg sowohl für die Teilnehmer/innen als auch in der Evaluation des Kurses gewertet.

Dies hat wesentliche Vorteile:

- Geringere „Schwellenangst“ der Teilnehmer/innen bei nicht zwingender Abstinenz-Orientierung des Kurses.
- Generalisierbare Anwendbarkeit der erlernten Techniken auf viele (sucht-relevante) Verhaltensweisen und auch weit über den Kurszeitraum hinaus.
- Geringere Rückfallgefahr: „Rückfälle“ werden nicht als generelles Versagen gewertet, sondern als situationsspezifisches Feedback im eigenen Lernprozess.

## **Grundlagen für den „Take Control!“ – Weniger-Rauchen-Kurs**

Als Grundlagen für Ablauf und Materialien des Weniger-Rauchen-Kurses werden erprobte und evaluierte Programme wie etwa eines der erfolgreichsten deutschen Angebote „Rauchfrei in 10 Schritten“ (IFT München) oder das spe-

ziell für die Schule konzipierte „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ (BZgA Köln, 2003) verwendet und angepasst.

## **Organisation und Durchführung**

### **Institutionelle Organisation**

Durch die Zusammenarbeit der entsprechenden Institutionen, wie Suchtpräventionsstellen, Schulen, Betriebe, wird erreicht, dass das Angebot ...

- ... eine breite und annähernd vollständige Zielgruppe erreicht.
- ... dauerhaft und zuverlässig verfügbar ist.
- ... mit geringen Organisations- und Verwaltungskosten realisiert werden kann.

durch wiederholte Durchführung und Evaluationsprozesse weiterentwickelt werden kann.

Für eine optimale Implementation des Programms innerhalb einer Organisation ist es wichtig, möglichst viele Ressourcen und Strukturen direkt aus dieser Organisation zu nutzen. Es muss sichergestellt werden, dass der Weniger-Rauchen-Kurs wirklich gewollt und während seiner Durchführung auch von Seiten der Organisation betreut wird.

### **Schulen**

In Schulen bedeutet dies, dass in der Regel zumindest ein/e Lehrer/in das Projekt aktiv betreibt und sich der Unterstützung durch die Schulleitung und weitere Kolleg/innen sicher sein kann.

Die Schule wird im Vorfeld des Kurses mit Materialien versorgt, mit denen die Schüler/innen über das Thema Rauchen sowie über das Angebot des We-

niger-Rauchen-Kurses informiert werden. Finden sich durch diese Maßnahmen ausreichend Interessent/innen für den Kurs (mind. 10), so wird der Kurs an dieser Schule durchgeführt.

### **Betriebe**

Das Verfahren für Betriebe läuft weitgehend analog. Da in vielen Betrieben jedoch kein ausreichendes pädagogisches Know-how vorhanden ist, um die Lehrlinge entsprechend zu informieren, können Betriebe die Durchführung einer Infoveranstaltung durch die Kurs-trainer/innen anfordern.

### **Kooperationen**

Vielfach reichen die Organisationsgrößen von Schulen und Betrieben nicht aus, um genügend Interessent/innen zu finden. Das Programm unterstützt daher die Bildung von Kooperationen von Schulen oder Betrieben, etwa aus dem gleichen Ort.

### **Externe Trainer**

Durch den Einsatz eigens ausgebildeter und längerfristig betreuter externer Trainer/innen kann eine flexible, bedarfsorientierte und effiziente Durchführung des Programms erreicht werden. Wesentlich für die Auswahl der Trainer/innen sind Zielgruppenaffinität und entsprechende psycho-soziale Vorqualifizierung.

### **Laufende Evaluation**

Das Weniger-Rauchen-Projekt startet mit einer Test- sowie einer Pilotphase und wird anschließend in die Phase des laufenden Betriebs überführt. Dabei



fließen jeweils die Evaluationsergebnisse der vorigen Phasen in die nachfolgenden ein, auch im laufenden Betrieb sind eine kontinuierliche Evaluation und Verbesserung des Angebots vorgesehen.

## **Test- und Pilotphase**

Zur Entwicklung eines wirksamen und praktikablen Programms wird mit einer Test- sowie einer Pilotphase begonnen.

### **Testphase**

In der Testphase werden vom Institut Suchtprävention Kursmaterialien und Durchführungsmodalitäten entwickelt und in der Praxis erprobt. In dieser Phase findet auch eine externe Ausbildung von zwei Mitarbeiter/innen des Instituts zu professionellen „Raucherentwöhner/innen“ statt (Programm „Rauchfrei in 10 Schritten“, IFT, München).

Die Ergebnisse der Ausbildung sowie der praktischen Erprobung fließen in die laufende Weiterentwicklung des Programms ein.

### **Pilotphase**

Basierend auf den Ergebnissen der Testphase wird das Programm anschließend in eine breitere Praxis umgesetzt, um so eine ausreichende Grundlage für eine fundierte Evaluation zu schaffen.

Hierzu werden vom Institut Suchtprävention externe Trainer/innen ausgebildet (ca. 10), die das Programm an ca. 10 Schulen und 10 Betrieben in Oberösterreich durchführen.

Die Finanzierung erfolgt dabei durch das Institut Suchtprävention sowie durch den Fonds Gesundes Öster-

reich. Die „Anwerbung“ der Schulen und Betriebe, die Koordination der Trainer/innen sowie die Auswertung erfolgen durch Mitarbeiter/innen des Instituts Suchtprävention.

Ziel ist (neben den inhaltlichen Zielen der Information und der Veränderung des Konsumverhaltens bei den Teilnehmer/innen), am Ende ein praktikables Programm zu haben, das in den dauerhaften Einsatz überführt werden kann.

## **Ausbildung der Trainer**

Vom Institut Suchtprävention werden Trainer/innen für das Projekt ausgebildet. Dies können Angehörige psychosozialer Berufsgruppen mit entsprechender Vorbildung, aber auch interessierte Lehrer/innen sein.

Dauer der Schulung: 1 Tag

Frequenz der Einschulungen: 1x je Schuljahr

Begleitung, Weiterbildung, Feedback: 2 x 1/2 Tag je Schuljahr

## **Inhalte des Weniger-Rauchen-Kurs**

Der Weniger-Rauchen-Kurs besteht aus 4 Terminen. Existierende ähnliche Programme verwenden zwischen 4 („Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“, BZgA, Köln) und 10 („Rauchfrei in 10 Schritten“, IFT, München) Termine. Ziel ist es, einen Kompromiss zwischen Durchhaltungsmotivation der Teilnehmer/innen und Wirksamkeit des Programms zu erreichen. Bei vielen Terminen steigt die Gefahr zu hoher Schwellenangst, vermehrter Abbrecher/innen und zudem schwieriger Organisation speziell an Schulen. Zu wenige Termine dagegen können eine ausreichend intensive Beschäftigung mit dem Thema behindern.

## Termin I

- Erklärung der Kursstrategie
- Abklärung bzw. Unterstützung der Motivation
- Beginn der Selbstbeobachtung mit Hilfsmitteln
- Noch keine Reduzierung des Konsums (100%)

## Termin II

- Überprüfung und Diskussion der Ergebnisse der Selbstbeobachtung
- Reduzierung des Konsums auf 50%
- Diskussion von Hilfestellungen beim Reduzieren (Alternativen, Selbstbelohnung)

## Termin III

- Überprüfung und Diskussion der Erfahrungen bei der Reduzierung
- Reduzierung des Konsums auf 0%
- Hilfestellungen beim Aufhören (Verträge, Brief an die letzte Zigarette etc.)

## Termin IV

- Überprüfung und Diskussion der Erfahrungen beim „Nichtrauchen“
- Wiederholung der Kursinhalte
- Evaluation und Feedback

## Begleitend

Begleitend zur Reduktionsstrategie werden Entspannungsverfahren, technische Kontrollen (CO-Messung), persönliche Beratung etc. angeboten.

## Nachbefragung

Ein halbes Jahr nach Ende des Kurses erhalten die Teilnehmer/innen Nachbefragungsbögen zur Überprüfung des längerfristigen Erfolgs. Dies dient sowohl der Motivation der Teilnehmer/innen über den Kurs hinaus als auch der Evaluation der Kursinhalte selbst.

## Evaluation

### Prozess-Evaluation

In der Prozess-Evaluation des Programms geht es um Fragen der Praktikabilität und Zielgruppenerreichung, d.h. inwieweit das Programm in der vorliegenden Form problemlos und effizient durchführbar ist und inwieweit die angestrebte Zielgruppe mit der Maßnahme auch erreicht wird.

Zur Evaluation der Praktikabilität werden wiederholt Feedback-Gespräche mit den beteiligten Personen (Schul-/Betriebsverantwortliche, Trainer/innen, Jugendliche) durchgeführt, die eine stetige Verbesserung des Programms ermöglichen.

Die Zielgruppenerreichung kann über die Anzahl der Teilnehmer/innen am Weniger-Rauchen-Kurs, gemessen an der Anzahl der insgesamt verfügbaren (und eingeladenen) rauchenden Jugendlichen, erhoben werden. Relevant sind hier sowohl die Zahlen zu Beginn des Kurses als auch am Ende – erstrebenswert ist natürlich eine möglichst hohe Quote der Teilnehmer/innen und eine niedrige der Abbrecher/innen. Da hierzu jedoch keine Zahlen in Bezug auf dieses oder vergleichbare Programme vorliegen, kann die Zahl nur relativ im Verlauf des Projekts erhoben werden. Die Ergebnisse der Prozess-Evaluation

sind besonders während der Pilotphase wichtig, in der es darum geht, ein praktikables und zielgruppengerechtes Programm zu installieren. Die nachfolgende Erfolgs-Evaluation wird vor allem anschließend relevant, wenn größere Stichproben von Jugendlichen vorliegen, die ein standardisiertes Programm durchlaufen.

## Erfolgs-Evaluation

Die Erfolgs-Evaluation von derartigen Programmen erfolgt häufig über die Anzahl der Immer-noch-Abstinenten nach festgelegten Zeiträumen (z.B. 6 Monate). Diese Methode greift jedoch insbesondere bei Programmen, die eine Verbesserung der Verhaltenskontrolle zum Ziel haben, zu kurz. Und dies ganz speziell bei Jugendlichen, deren Rauchverhalten den dynamischen Entwicklungsprozessen ihres Alters unterworfen ist, d.h. dass Phasen der Abstinenz und wechselnden Konsums schneller aufeinander folgen können, als dies bei erwachsenen Raucher/innen zu erwarten ist, bei denen von einem stabileren Verhaltensmuster ausgegangen werden kann.

Hinzu kommt, dass eine rein abstinenzorientierte Erfolgsmessung auch über die Erhebungsmethoden (z.B. Fragebögen) Druck und Versagensängste erzeugen kann und damit dem Vermittlungsziel des stetigen Lernprozesses entgegenwirkt.

Zur Evaluation des Erfolgs des Weniger-Rauchen-Kurses werden daher zwei Kerngrößen herangezogen:

- Quantitative Veränderung des Rauchverhaltens der Teilnehmer/innen: Erfassung der Anzahl gerauchter Zigaretten zu Beginn des Kurses, unmittelbar danach sowie Follow Up nach 6 Monaten.

- Subjektive qualitative Veränderung des Rauchverhaltens der Teilnehmer/innen sowie gefühlte Kontrollkompetenz: Fragebögen zu Beginn, danach und ebenfalls als Follow Up.

Zusätzlich werden bei den Teilnehmer/innen per Fragebogen weitere Variablen wie etwa Alter und Geschlecht erhoben und auf ihren Einfluss auf den Erfolg des Programms untersucht.

## Finanzierung: Sponsoren/Partner

Das Projekt wird vom Institut Suchtprävention vorbereitet und von externen Trainer/innen in Schulen und Betrieben durchgeführt. Die Finanzierung wird während der Test- und Pilotphase durch das Institut Suchtprävention und den Fonds Gesundes Österreich sichergestellt. Langfristig wird die Projektdurchführung durch Sponsoren/Partner finanziert, die Leitung, Organisation und Trainerausbildung verbleibt jedoch am Institut.

Für die Anwerbung solcher Projektpartner (wie etwa Unternehmen, Vereine etc.) ist es wichtig, den für den Partner entstehenden Nutzen zu kennen und herauszustellen:

- Nennung und Logointegration auf allen projektbezogenen Medien und Materialien
- Präsenz in den Schulen/Betrieben durch allgemeine Werbemedien für das Projekt
- Intensive Präsenz in den teilnehmenden Schulen/Betrieben durch Projektmaterialien
- Zusätzliche Werbewirkung durch Öffentlichkeitsarbeit und Presse