

Aus dem IFT Institut für Therapieforschung München

Institutsleiter: Prof. Dr. Gerhard Bühringer

und dem

Institut und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Klinikum der Ludwig-Maximilians Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. Dennis Nowak

Entwicklung eines theorie- und evidenzbasierten

Tabakentwöhnungsprogramms

und

Bedarfsklärung jugendlicher Raucher bezüglich der Inanspruchnahme

eines Ausstiegskurses

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Annette Geier

aus Landshut

2010

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dennis Nowak

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller
Priv. Doz. Dr. Ulrich Harréus

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 07.07.2010

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die mich auf vielfältige Weise bei der Erstellung meiner Dissertation unterstützt haben:

An erster Stelle gilt mein besonderer Dank Herrn Prof. Dr. Nowak, der sich spontan dazu bereit erklärte, diese Arbeit zu betreuen. Auf jede schriftliche Frage erhielt ich unverzüglich eine konstruktive, weiterführende Antwort. Wann immer ich das persönliche Gespräch suchte, war ein Termin für mich frei. Einerseits erhielt ich die Möglichkeit, eigenständig zu arbeiten, andererseits die nötige Unterstützung und das verlässliche Feedback zur Absicherung meiner Überlegungen.

Dem IFT Institut für Therapieforschung in München danke ich für die Bereitstellung der notwendigen Rahmenbedingungen, um diese Arbeit überhaupt zu ermöglichen.

Mein Dank gilt in besonderem Maße meinen zwei Projektleiterinnen, Dr. Karin Metz und Dr. Anneke Bühler für das große Vertrauen in mich sowie die fortwährende fachliche und vor allem persönliche Unterstützung in jeglicher Hinsicht. Sie waren stets mit klugem Rat für mich da.

Großen Dank schulde ich Dr. Daniela Piontek, die mir mit ihren umfassenden fachlichen Kenntnissen über den gesamten Fortgang der Arbeit stets zur Seite stand. Ihr, wie auch Dr. Stephanie Flöter und Dr. Sabine Gradl möchte ich dafür danken, dass sie stets für mich da waren und für mich viel mehr als „nur“ Kolleginnen geworden sind.

Meiner Familie und Korbinian Schmidt danke ich von Herzen für jegliche Unterstützung, auf die ich immer vertrauen konnte.

Inhalt

1 Einleitung	5
2 Theoretischer und empirischer Hintergrund	7
2.1 Epidemiologie des Tabakkonsums bei Jugendlichen.....	7
2.1.1 Epidemiologische Angaben zum Zigarettenkonsum.....	7
Jugendlicher in Deutschland	7
2.1.2 Trend des Rauchens unter Jugendlichen in Deutschland	8
2.1.3 Internationaler Vergleich der Raucherprävalenz von Jugendlichen.....	9
2.2 Definition und Diagnose der Tabakabhängigkeit.....	10
2.2.1 Diagnostische Kriterien der Tabakabhängigkeit	10
2.2.2 Messverfahren zu Tabakabhängigkeit bei Jugendlichen.....	12
2.3 Einflussfaktoren auf das Rauchverhalten von Jugendlichen.....	15
2.3.1 Sozial-interpersonelle Faktoren.....	15
2.3.1.1 Familie.....	16
2.3.1.2 Gleichaltrige	17
2.3.1.3 Schule	17
2.3.2 Makrosoziale Einflüsse	19
2.3.3 Intraindividuelle Faktoren	20
2.4 Ausstieg aus dem Tabakkonsum	21
2.4.1 Epidemiologie	21
2.4.2 Gründe für erfolglosen Rauchstopp	21
2.4.3 Bestehende Interventionsformen	23
2.4.3.1 Verhältnispräventive Maßnahmen in Deutschland	24
2.4.3.2 Maßnahmen der Verhaltensprävention	24
2.4.3.3 Maßnahmen der Intervention	24
2.5 Konzepte zur Ätiologie von jugendlichem Rauchverhalten	29
2.5.1 Konzept der Entwicklungsaufgaben – instrumenteller Charakter von Zigarettenkonsum	30
2.5.2 Familienpsychologie	32
2.5.3 Differentielle Entwicklungspfade des Tabakkonsums	33
2.5.4 Stimmungsregulation	34
2.5.5 Sozial-kognitive Lerntheorie	34
2.5.6 Risiko- und Schutzfaktorenmodell	35
2.5.7 Das Transtheoretische Modell	37
2.5.8 Integratives Deskriptions- und Veränderungsmodell	39
2.6 Theorien der Verhaltensänderung	42
2.6.1 Kognitive Verhaltenstherapie	42
2.6.2 Motivierende Gesprächsführung	42
2.7 Fragestellungen und Hypothesen	43
3 Methodik	47
3.1 Methodik zu Fragestellung 1	48
3.2 Methodik zu den Fragestellungen 2a und 2b	48
3.2.1 Studiendesign	48
3.2.2 Durchführung	48
3.2.3 Messinstrumente	49
3.2.3.1 Vortest (t0)	49
3.2.3.2 Fragebögen zu den einzelnen Treffen (t1 bis t6)	52
3.2.3.3. Nachtest (t7)	53
3.2.3.4 Fragebogen zur Nachbetreuung (t8).....	55

3.2.4 Rekrutierung der Stichprobe	56
3.2.5 Stichprobe.....	57
3.2.6 Statistische Auswertung	59
3.3 Methodik zu den Fragestellungen 3a und 3b	59
3.3.1 Studiendesign	59
3.3.2 Durchführung	60
3.3.3 Messinstrument	60
3.3.3.1 Aktuelles Rauchverhalten	60
3.3.3.2 Unterstützungsbedarf für den Rauchstopp	60
3.3.3.3 Bereitschaft zur Teilnahme am Programm und Gründe für oder gegen Teilnahme.....	61
3.3.4 Rekrutierung der Stichprobe	62
3.3.5 Stichprobe.....	62
3.3.6 Statistische Auswertung	64
3.4 Methodik zu den Fragestellungen 3c und 3d	64
3.4.1 Studiendesign: Gruppendiskussion mit drei Fokusgruppen.....	64
3.4.2 Entwicklung des Diskussionsleitfadens	65
3.4.3 Rekrutierung der Stichprobe	66
3.4.4 Stichprobe.....	67
3.4.5 Durchführung der Gruppendiskussionen	67
3.4.6 Auswertung der Daten.....	68
4 Ergebnisse	68
4.1 Ergebnisse zu Fragestellung 1	68
4.1.1 Ziele des Programms	69
4.1.2 Rahmenbedingungen.....	69
4.1.3 Programm	77
4.1.3.1 Die einzelnen Treffen.....	77
4.1.3.2 Jugendspezifische Elemente des Programms	84
4.2 Ergebnisse zu Fragestellung 2	87
4.2.1 Akzeptanz der Intervention	87
4.2.1.1 Beurteilung des gesamten Kurses	87
4.2.1.2 Beurteilung der einzelnen Treffen.....	88
4.2.1.3 Akzeptanz der Nachbetreuung	89
4.2.2 Hinweise auf Wirksamkeit	90
4.2.2.1 Rauchverhalten der Kursteilnehmer.....	90
4.2.2.2 Unterstützende Elemente bzw. Hindernisse in Bezug auf den Rauchstopp.....	91
4.2.2.3 Änderungsmotivation und Zuversicht	92
4.3 Ergebnisse zu den Fragestellungen 3a und3b	93
4.3.1 Anteil rauchender Schüler mit Unterstützungswunsch bzgl. Rauchstopp	93
4.3.1.1 Art der gewünschten Unterstützung	94
4.3.2 Gründe für fehlenden Unterstützungswunsch	94
4.3.3 Bereitschaft zur Kursteilnahme	95
4.3.4 Gründe für und gegen eine Kursteilnahme	96
4.3.5 Anmeldung zum Kurs	98
4.4 Ergebnisse zu den Fragestellungen 3c und 3d	99
4.4.1 Wissen über Aufhörmethoden.....	99
4.4.2 Bekanntheit von Gruppenentwöhnungsprogrammen.....	99
4.4.3 Bereitschaft zur Teilnahme an einem Gruppenentwöhnungsprogramm	100
4.4.4 Teilnahmegründe der Kursteilnehmer.....	101
4.4.5 Stellenwert von Incentives bezogen auf die Teilnahmemotivation	101
4.4.6 Vorurteile von Jugendlichen gegenüber Tabakentwöhnungs-programmen	102

4.4.7 Notwendige Merkmale eines Ausstiegsprogramms aus Sicht der rauchenden Jugendlichen.....	103
4.4.8 Punkte, die aus Sicht der Jugendlichen nicht in einem Tabakentwöhnungsprogramm enthalten sein sollten	107
5 Diskussion	107
Zusammenfassung.....	122
Literatur.....	124

1 Einleitung

Das Rauchverhalten Jugendlicher ist in den letzten Jahren zunehmend in den Blickwinkel öffentlichen Interesses gerückt. Ein früher Beginn des Tabakkonsums erhöht die Suchtgefahr und damit das Risiko körperlicher Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter (Breslau & Peterson, 1996; Everett et al., 1999; Taioli & Wynder, 1991). Tabakrauchen ist die häufigste, individuell vermeidbare Ursache für gesundheitliche Schäden (Ezzati et al., 2002). Regelmäßiger Zigarettenkonsum erhöht u.a. das Risiko von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Krebsleiden, Atemwegs- und Lungenerkrankungen. Im Vergleich zu anderen Substanzen wie Cannabis, Alkohol und Kokain weist Nikotin ein erhöhtes Suchtpotenzial auf (Anthony et al., 1994). Die Adoleszenz stellt eine Risikophase in Bezug auf den Beginn und die Aufrechterhaltung von Zigarettenkonsum dar (Lamkin & Houston, 1998; Lando et al., 1998; Tschann et al., 1994; USDHHS, 1994). Gemäß der *Gateway-Hypothese* (Kandel, 2002) gilt Zigarettenkonsum als Einstiegsdroge für den Konsum weiterer Substanzen: Tabakkonsum im Jugendalter ist prädiktiv für spätere alkoholbezogene Probleme (Riala et al., 2004) und illegalen Drogenkonsum (Vega et al., 2006). Diese Phase der Pubertät birgt jedoch zugleich die Chance, Jugendliche in ihrer Tendenz, mit zunehmendem Alter Problemverhalten wieder aufzugeben, zu unterstützen. Ab dem 20. Lebensjahr besteht ein geringes Risiko, mit dem Rauchen zu beginnen bzw. regelmäßig zu rauchen (Paavola et al., 1996). Diese Fakten unterstreichen die Bedeutsamkeit einer möglichst frühen Unterstützung bei der Entwöhnung durch die Entwicklung und Implementierung geeigneter Behandlungsprogramme für Jugendliche und junge Erwachsene. Interventionen im Bereich des Tabakkonsums von Jugendlichen stellen jedoch bislang ein schwieriges Forschungsgebiet dar, in dem viele theoretische und praktische Fragen offen sind (Sutton, 2000). Insgesamt herrscht in Bezug auf die Behandlung von jugendlichen Rauchern im Vergleich zur Erwachsenenforschung noch wenig Wissen und daher Forschungsbedarf (Backinger et al., 2003; Grimshaw & Stanton, 2006; Hanewinkel & Wiborg, 2006; Tyas & Pederson, 1998; Wickinoff et al., 2003; Wittchen et al., 2008). Für deutsche Programme existiert bislang mangels wissenschaftlicher, international publizierter Studien kein Wirksamkeitsnachweis. Durch internationale Studien ist bekannt, dass Jugendliche durch ein Ausstiegsprogramm deutlich häufiger aufhören als ohne Unterstützung. Dabei liegen die Abstinenzquoten drei Monate nach der Intervention zwischen 5 und 17 Prozent (Sussman et al., 2001). Kaum beschäftigt haben sich Wissenschaft und Praxis bislang mit der Frage, wie jugendliche Raucher *besser erreicht* werden können und welche *jugendspezifischen Inhalte* die Wirksamkeit von Ausstiegsprogrammen erhöhen könnten. Was ist das Besondere an jugendlichen im Vergleich zu erwachsenen Rauchern und welche *jugendspezifischen Inhalte*

muss ein solches Ausstiegsprogramm folglich haben? Gerade in diesem Bereich, in dem nur geringes Wissen über die Wirksamkeit bestehender Konzepte und Elemente herrscht, stellt das Ableiten von Inhalten aus theoretischen Modellen und Theorien eine Alternative zum bisherigen Vorgehen dar, bei dem in der Mehrzahl Erwachsenenprogramme auf die Zielgruppe der jugendlichen Raucher übertragen wurden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, ein theoriebasiertes, jugendspezifisches Tabakentwöhnungsmanual zu entwickeln und zugleich die Bedürfnislage jugendlicher Raucher bezogen auf die Inanspruchnahme eines Gruppenausstiegsprogramms zu untersuchen.

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund

Im Folgenden werden aktuelle Zahlen und Trends, Einflussfaktoren und ätiologische Konzepte zum Tabakkonsum von Jugendlichen sowie Messinstrumente zur Feststellung einer Nikotinabhängigkeit bei jugendlichen Rauchern und bestehende Ausstiegshilfen dargestellt.

2.1 Epidemiologie des Tabakkonsums bei Jugendlichen

2.1.1 Epidemiologische Angaben zum Zigarettenkonsum Jugendlicher in Deutschland

Aktuell rauchen 18 % der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren (BZgA, 2007). 19 % der 14- bis 24-Jährigen erfüllen die DSM-IV Kriterien für Nikotinabhängigkeit (Nelson & Wittchen, 1998). Das Durchschnittsalter, in dem Jugendliche in Deutschland ihre erste Zigarette rauchen, liegt bei 12,9 Jahren (BZgA, 2006; Settertobulte & Richter, 2007). Mit zunehmendem Alter steigt der Zigarettenkonsum Jugendlicher in Bezug auf die Regelmäßigkeit und Intensität an.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit den 1970er Jahren repräsentative Studien zum Konsum psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen durch. Verglichen mit den Ergebnissen von 2001 wurde ein deutlicher Abfall der Raucherquoten in der Altersgruppe der 12-17-Jährigen von 28 % auf 16 % bei den Mädchen und von 27 % auf 15 % bei den Jungen festgestellt (nach Selbstaussage ständige oder gelegentliche Raucher; BZgA, 2008).

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts in Berlin wurde zwischen 2003 und 2006 durchgeführt mit dem Ziel umfassende und bundesweit repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen zu erheben (Lampert & Thamm, 2007). In Abbildung 1 ist, basierend auf den Ergebnissen des Untersuchungssurveys, das Rauchverhalten der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen, die mindestens einmal in der Woche rauchen, dargestellt.

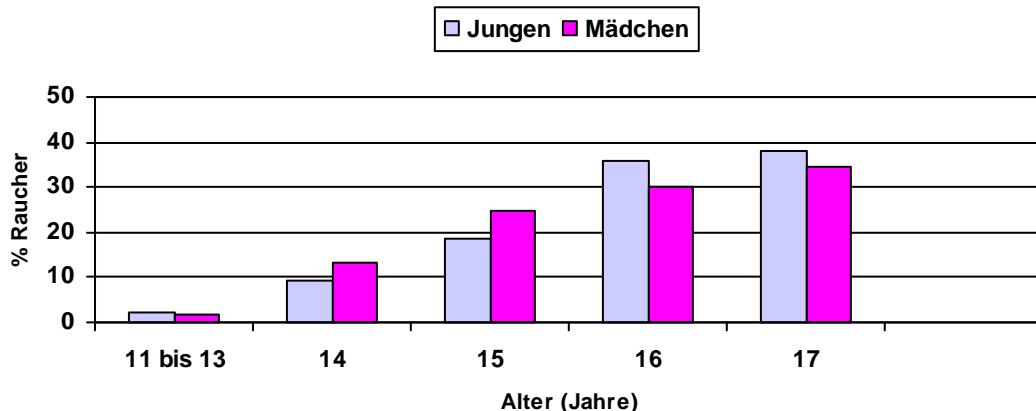


Abbildung 1: Rauchprävalenzen bei 11-17-Jährigen (regelmäßige Raucher: mind. 1x/Woche), Lampert & Thamm, 2007

Der KiGGS des Robert-Koch-Instituts Berlin ermittelte für die Altersgruppe der 16- und 17-Jährigen bei den Jungen einen Raucheranteil, der etwas über dem der Mädchen liegt. Unter den 14- bis 15-Jährigen rauchen dagegen zwar mehr Mädchen als Jungen, es bestehen jedoch in keiner Altersgruppe signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede bzgl. des Rauchverhaltens (BZgA, 2006; BZgA, 2007; Lampert & Thamm, 2007).

Bezogen auf den Rauchausstieg und mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede liegen bislang kaum Daten vor (siehe 2.4.1). Die Motivation zum Rauchstopp ist bei weiblichen und männlichen Jugendlichen etwa gleich groß (BZgA, 2006). Allerdings schaffen unter erwachsenen Rauchern Männer häufiger den Rauchausstieg als Frauen: Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass 70 % der männlichen Raucher, die bis zu 50 Jahre geraucht haben, erfolgreich den Rauchstopp schaffen, während der Anteil unter weiblichen Rauchern nur bei 50 % liegt (Schulze & Mons, 2005).

2.1.2 Trend des Rauchens unter Jugendlichen in Deutschland

In Bezug auf den Verlauf der Rauchprävalenz von Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren ist seit 1979 ein Rückgang zu verzeichnen. Während 1979 noch 30 % der Jugendlichen rauchen, nimmt der Anteil rauchender Jugendlicher seitdem kontinuierlich ab. Nach einem ersten Tiefstand der Raucherquote im Jahr 1993 bei 20 % folgt zwischen 1993 und 1997 ein Anstieg auf 28 %. Seit 2001 ist ein anhaltender Rückgang der Quote zu verzeichnen (Settertobulte & Richter, 2007), der 2008 mit 15 % den bisherigen Tiefstand erreicht hat (BZgA, 2008), wie in Abbildung 2 dargestellt wird.

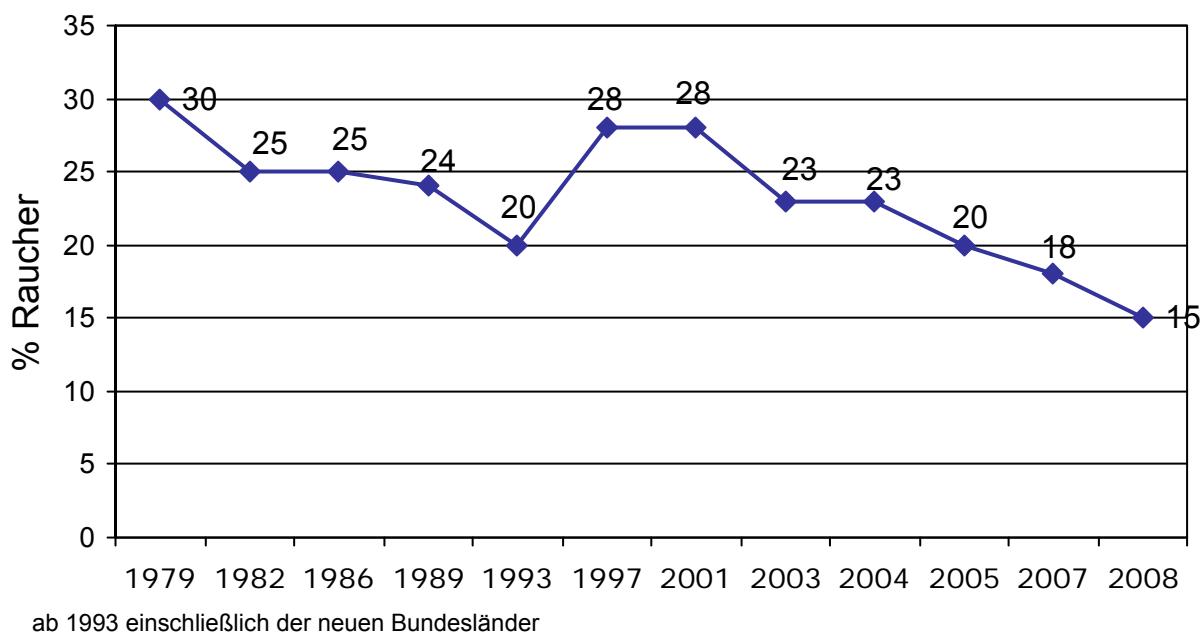


Abbildung 2: Verlauf der Rauchprävalenz bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen 1979 bis 2008, Selbsteinschätzung (BZgA, 2008)

2.1.3 Internationaler Vergleich der Raucherprävalenz von Jugendlichen

Die WHO untersucht im 4-jährigen Turnus im Rahmen des Berichts *Health Behavior in School-Aged Children* (HBSC) unter anderem das Rauchverhalten von Jugendlichen und Kindern in mittlerweile 40 Nationen. Im Rahmen der aktuellen HBSC-Studie von 2005/ 2006 hat sich die Position von Deutschland im internationalen Vergleich insgesamt gegenüber der Untersuchung von 2002/2003 u.a. bzgl. des Anteils der 15-Jährigen, die täglich rauchen verbessert. Im Jahr 2004 nahm Deutschland mit einem Prozentsatz von 29 % bei den Mädchen und 26 % bei den Jungen nach Grönland mit Platz 2 eine führende Position im negativen Sinn ein (Currie et al., 2004). In der neuesten Untersuchung der WHO liegt Deutschland mit einer deutlich gesunkenen Raucherquote von 13 % bei den Jungen und 16 % bei den Mädchen im europäischen Vergleich im hinteren mittleren Bereich (Currie et al., 2008). In der Schweiz liegt der Anteil der täglichen Raucher bei den 15-Jährigen bei 11 %, in Norwegen bei 8 % und in Portugal bei 7 %. Das Schlusslicht bezogen auf alle in der Untersuchung berücksichtigten Länder bildet weiterhin Grönland mit einer Raucherquote von 38 % für weibliche und 30 % für männliche Jugendliche (bezogen auf täglichen Zigarettenkonsum bei 15-Jährigen), das beste Ergebnis wurde mit einer Prävalenzrate von 3 % bei Jungen und 4 % bei Mädchen für die USA ermittelt.

Trotz eines begrüßenswerten Abwärtstrends der Raucherquote in Deutschland ist der Anteil der rauchenden Jugendlichen weiterhin hoch, vor allem im Vergleich zu anderen europäischen Ländern.

2.2 Definition und Diagnose der Tabakabhängigkeit

Bei jugendlichen Rauchern wurden im Rahmen mehrerer Studien ähnliche Nikotinabhängigkeits- und Entzugssymptome festgestellt wie bei erwachsenen Rauchern (Rojas et al., 1998; Stanton et al., 1996; USDHHS, 1994). Erste Symptome einer körperlichen Abhängigkeit und das suchtypische „craving“ können sich bei Jugendlichen bereits kurze Zeit nach dem ersten Zug einstellen (Colby et al., 2000; DiFranza et al., 2000; DiFranza et al., 2007; Gervais et al., 2005; O’Loughlin et al., 2003).

2.2.1 Diagnostische Kriterien der Tabakabhängigkeit

Ob eine Nikotin- bzw. Tabakabhängigkeit vorliegt, wird anhand der Diagnosekriterien bestimmt, die in den beiden international gebräuchlichen Klassifikations- und Diagnosesystemen DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [4th edition], American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems [10th Revision], World Health Organization, 1990) beschrieben sind (Tabelle 1).

Während das DSM IV die Bezeichnung „Nikotinabhängigkeit“ verwendet, wird im ICD-10 von „Tabakabhängigkeit“ gesprochen, da Nikotinabhängigkeit ohne Tabakkonsum praktisch nicht bekannt ist und nicht eindeutig gesichert ist, dass das Nikotin die einzige abhängig machende Substanz ist (Kröger & Lohmann, 2007).

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Nikotin- bzw. Tabakabhängigkeit nach DSM-IV und ICD-10

Nikotinabhängigkeit (305.10; DSM.IV)	Tabakabhängigkeit (F 17.2; ICD-10)
Definition:	Definition:
Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten.	Der Konsum einer Substanz hat Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen, die früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Kriterium ist der oft starke und übermächtige Wunsch, die Substanz zu konsumieren.
<i>Drei oder mehr</i> der folgenden Kriterien müssen zu irgendeiner Zeit über die Dauer von 12 Monaten aufgetreten sein:	<i>Drei von sechs</i> Kriterien müssen zusammen für mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für einen kürzeren Zeit-

	raum gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von 12 Monaten wiederholt bestanden haben.
1. Nikotin wird häufig in großen Mengen und länger als beabsichtigt eingenommen.	1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Tabak zu konsumieren.
2. Erfolglose Versuche oder der permanente Wunsch, den Nikotingebräuch zu reduzieren oder zu kontrollieren.	2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Tabakkonsums.
3. Entzug: a) nikotincharakteristisches Entzugssyndrom oder b) Einnahme von Nikotin, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.	3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Absetzen oder Reduktion des Tabakkonsums oder Tabakgenuss mit dem Ziel, Entzugsymptome zu mildern.
4. Toleranz: a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um den erwünschten Effekt oder Intoxikation herbeizuführen oder b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis (z.B. bleiben Unruhe oder Schwindel nach Konsum aus).	4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen zu erzielen.
5. Wichtige berufliche, soziale oder Freizeitaktivitäten werden wegen des Nikotinkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.	5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Tabakkonsums.
6. Fortgesetzter Nikotinkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Nikotin verursacht oder verstärkt wurde.	6. Anhaltender Tabakkonsum trotz des Nachweises schädlicher Folgen.
7. Viel Zeit, um Nikotin zu konsumieren oder sich von den Wirkungen zu erholen.	

Die dargestellten Diagnosekriterien von DSM-IV und ICD-10 sind nur begrenzt auf Jugendliche übertragbar, da bei jugendlichen Rauchern nicht zwingend die genannten Symptome einer Tabakabhängigkeit bereits im erforderlichen Ausmaß vorliegen und das Rauchverhalten von Jugendlichen nicht unmittelbar mit dem von Erwachsenen verglichen werden kann (Newcomb & Bentler, 1989; Sack & Thomasius, 2008). Die substanzbezogene Diagnostik wird für Kinder und Jugendliche als zu restriktiv kritisiert (Sack & Thomasius, 2008). DiFranza et al. untersuchten die gemäß ICD-10 erforderlichen Symptome einer Tabakabhängigkeit bei jugendlichen Rauchern, die zum ersten Mal Zigaretten konsumierten (DiFranza et al., 2007). Tabakabhängigkeit gemäß ICD-10 stellte sich bei den Jugendlichen bereits 13 Tage nach der ersten Zigarette ein und noch bevor sie täglich rauchten. Vermin-

derte Kontrollfähigkeit und Craving wurden bereits am Tag nach der ersten Zigarette festgestellt. Sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV fehlen altersbezogene Kriterien für substanzinduzierte Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und Störungen (Thomasius, 2005). Tabakabhängigkeit wird von jugendlichen Rauchern qualitativ anders wahrgenommen als von erwachsenen (Chassin et al., 2007; Colby et al., 2000; DiFranza et al., 2002). Es ist schwierig, Tabakabhängigkeit klinisch bei Jugendlichen zu definieren, zu diagnostizieren und von Tabakmissbrauch abzugrenzen. Die Entwicklung von entwicklungsbezogenen Kriterien speziell für Jugendliche ist dringend indiziert (Newcomb & Bentler, 1989). Im Rahmen einer Intervention rückt diese Problematik in den Hintergrund, da in diesem Fall die Auseinandersetzung mit dem Rauchverhalten und die Durchführung des Rauchstopps im Vordergrund stehen. Für die Einstufung des Tabakkonsums bei Jugendlichen bieten sich alternativ zur klinischen Diagnostik dimensionale Messverfahren an.

2.2.2 Messverfahren zu Tabakabhängigkeit bei Jugendlichen

Zur Feststellung von Tabakabhängigkeit bei Erwachsenen existiert, neben der kategorialen Einteilung in abhängige und nicht abhängige Raucher, ein dimensionales Konzept der Abhängigkeit, das im Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) umgesetzt wird (Fagerström, 1978; Heatherton et al., 1991). Dieser Test ist das bekannteste Instrument zur Erfassung der Tabakabhängigkeit bei erwachsenen Rauchern. Zur Feststellung von Tabakabhängigkeit bei Jugendlichen ist er allerdings nicht geeignet, da er stark die körperliche Abhängigkeit fokussiert. Bezogen auf die Wahrnehmung und Einstufung von Abhängigkeit für jugendliche Raucher sind dagegen andere Kriterien vordergründig sind, wie z.B. Stimmungsregulation mittels Zigarettenkonsum (Colby et al., 2000), vor allem aber der zunehmende, durch den Zigarettenkonsum bedingte Autonomieverlust (DiFranza et al., 2002). Aus diesem Grund wird der FTND in der vorliegenden Arbeit nicht abgebildet. Für jugendliche Raucher sind aktuell zwei Messinstrumente bekannt, das Stanford Dependence Inventory (SDI) von Rojas et al. (1998) und die Hooked on Nicotine Checklist (HONC) von DiFranza et al. (2002). In beiden Messinstrumenten wurde bewusst auf die Frage nach der Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten verzichtet, da aus Sicht der Autoren damit nicht die Frage nach Abhängigkeit, sondern nach der Schwere des Tabakkonsums geklärt wird (Colby et al., 2000; Prokhorov et al., 1996; Rojas et al., 1998).

Messinstrumente für jugendliche Raucher sollten aufgrund der noch nicht zwingend vorhandenen körperlichen Symptome vor allem auf die besonders für jugendliche Raucher relevanten unmittelbar positiven Konsequenzen des Tabakkonsums, wie z.B. Entspannung und Stressabbau fokussieren und den Grad des Autonomieverlustes messen (Colby et al., 2000).

Das Stanford Dependence Inventory (SDI) von Rojas et al., 1998

Das Stanford Dependence Inventory (SDI) von Rojas et al. (1998) stellt eine modifizierte Version des FTND für Jugendliche dar. Mittels des SDI wird der Grad der Nikotinabhängigkeit gemessen. Das SDI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das aus 5 Items besteht, deren Antworten jeweils eine bestimmte Punktzahl zugerechnet wird. Die einzelnen Punktwerte werden anschließend addiert und das Gesamtergebnis (der mögliche Punkterange für das Gesamtergebnis liegt zwischen 5 und 25) soll Aufschluss geben über die Höhe der Abhängigkeit. Es existieren keine Cut-off Werte. Die Retest-Reliabilität (7-Tage Intervall) liegt für die gesamte Skala bei $r = 0,68$. Bzgl. der Validität werden als Korrelations-koeffizienten zu rauchbezogenen Variablen folgende Werte angegeben: Entzugssymptome: 0,51; Anzahl gerauchter Zigaretten innerhalb der letzten 30 Tage: 0,58; Kotiningehalt im Speichel: 0,31.

Tabelle 2: Stanford Dependence Inventory (Rojas, Killen et al., 1998)

Markiere den zutreffende Antwortbuchstaben mit einem x	
1.	Findest Du es schwierig, das Rauchen an Orten, an denen es verboten ist, zu unterlassen?
a.	sehr schwierig (5) b. schwierig (4) c. etwas schwierig (3) d. ein bisschen schwierig (2) e. gar nicht schwierig (1)
2.	Rauchst Du am Morgen im Allgemeinen mehr als den Rest des Tages?
a.	immer (5) b. normalerweise (4) c. manchmal (3) d. selten (2) e. niemals (1)
3.	Kommt es vor, dass Du rauchst, auch wenn Du richtig krank bist (so wie häufiges Husten oder Erbrechen)?
a.	immer (5) b. normalerweise (4) c. manchmal (3) d. selten (2) e. niemals (1)
4.	Wie tief inhalierst Du den Rauch?
a.	Nur bis in den Mund (1) b. etwa bis zum Rachen (2) c. teilweise in die Lunge (3)

d. tief in die Lunge (4)
5. Wann nach dem Aufwachen rauchst Du Deine erste Zigarette?
a. Sofort nachdem Du Deine Augen öffnest (6)
b. innerhalb von 15 Minuten nach dem Aufwachen (5)
c. zwischen 15 und 30 Minuten (4)
d. zwischen 30 und 60 Minuten (3)
e. zwischen 1 und 2 Stunden (2)
f. mehr als zwei Stunden nach dem Aufwachen (1)

Die Hooked on Nicotine Checklist (HONC) von DiFranza et al. (2002)

Die Hooked on Nicotine Checklist (HONC) von DiFranza et al. (2002) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 15 Jahren. Die Checklist basiert ausschließlich auf subjektiven Symptomen zur Messung des Verlustes von Autonomie über den Tabakkonsum und der Messung des Ausmaßes der Nikotinabhängigkeit. Es wird nicht nach der Menge der täglich gerauchten Zigaretten gefragt, sondern das Rauchverhalten betreffende Items sind zu beantworten, welche die psychische (z.B. Rauchverzicht in bestimmten Situationen) als auch die physische Abhängigkeit (z.B. Frage nach morgendlichem Rauchen als Hinweis für körperlichen Entzug) abfragen (siehe Tabelle 3). Die insgesamt 10 Items werden jeweils mit ja oder nein beantwortet. Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, wird ein Punkt vergeben. Der Summenscore wird aus der Anzahl der positiven Antworten gebildet.

Bereits bei einer positiven Antwort sind erste Abhängigkeitskriterien erfüllt und ist die volle Autonomie nicht mehr gegeben. Als kontinuierliches Maß gibt der Punktwert auch Aufschluss über die Schwere des Autonomieverlustes. Die Retest-Reliabilität (7-Tage Intervall) liegt bei 0,61. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) liegt bei 0,91.

Tabelle 3: Hooked On Nicotine Checklist (DiFranza et al., 2002)

	Frage:	Ja	Nein
1	Hast Du schon einmal erfolglos versucht aufzuhören?		
2	Rauchst Du jetzt immer noch, weil das Aufhören so schwer fällt?		
3	Hast Du schon einmal das Gefühl gehabt, von den Zigaretten abhängig zu sein?		
4	Hast Du manchmal richtig starkes Rauchverlangen?		
5	Hast Du schon mal das Gefühl gehabt, dringend eine Zigarette zu brauchen?		
6	Fällt es Dir schwer, an Orten nicht zu rauchen, wo man das eigentlich nicht darf?		

Wenn Du eine gewisse Zeit nicht geraucht hast oder versucht hast aufzuhören...			
7	fandest Du es schwierig, Dich ohne Zigaretten zu konzentrieren?		
8	warst Du gereizter, weil Du nicht rauchen konntest?		
9	hattest Du dann ein starkes Verlangen oder Bedürfnis zu rauchen?		
10	hast Du dich nervöser, angespannter oder unruhiger gefühlt, weil Du nicht rauchen konntest?		

Für den SDI liegen keine cut-off Werte vor. Ein Vorteil der HONC liegt darin, dass sie noch stärker als der SDI auf jugendspezifische Abhängigkeitsaspekte wie den Verlust von Autonomie und die Bedeutung von Zigarettenkonsum zur Stimmungsregulation fokussiert. Daneben ist die HONC im Vergleich zum SDI leichter in der Auswertung und kann somit von jugendlichen Teilnehmern jeden Schultyps problemlos selbstständig ausgefüllt und ohne größeren (Zeit-)Aufwand ausgewertet werden.

Ziel der Verwendung der HONC ist im Rahmen des vorliegenden Gruppenentwöhnungsprogramms nicht die diagnostische Einschätzung des individuellen Nikotin-abhängigkeitsgrades der Teilnehmer, sondern, den Jugendlichen einen ersten Zugang zu ihrer Tabakabhängigkeit zu vermitteln.

2.3 Einflussfaktoren auf das Rauchverhalten von Jugendlichen

Jugendliche Raucher werden auf dem Weg hin zum regelmäßigen Zigarettenkonsum durch ein komplexes System aus internalen und externalen Faktoren beeinflusst. Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit der Frage, welche Faktoren in Zusammenhang mit Tabakkonsum Jugendlicher stehen. Soziale Einflussfaktoren, personengebundene Faktoren und Umweltfaktoren stellen die Hauptkriterien für Tabakkonsum von Jugendlichen dar (Best et al., 1988; Fiore et al., 2008).

2.3.1 Sozial-interpersonelle Faktoren

Im Jugendalter hat das soziale Umfeld auf verschiedenen Ebenen Einfluss auf die Ausbildung und Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen Jugendlicher (Bronfenbrenner, 1977). Untersuchungen aus dem Bereich der Verhaltensepidemiologie zeigen Korrelate zwischen dem Beginn bzw. der Aufrechterhaltung von Tabakkonsum und dem sozialen Kontext, in dem der einzelne Jugendliche aufwächst. Es besteht dabei eine starke Wechselbeziehung zwischen den sozialen Einflussbereichen Familie, Gleichaltrige und Schule.

Gemäß dem Konzept der Bezugspersonen wird der Beginn des Rauchens besonders durch Bezugspersonen wie Eltern, Geschwister und Freunde bedingt (Tölle & Buchkremer, 1989).

2.3.1.1 Familie

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Familienangehörigen und jugendlichem Tabakkonsum – nicht zuletzt deshalb, weil die große Mehrzahl der Jugendlichen noch bei den Eltern (oder einem Elternteil) lebt (BZgA, 2006). Das früheste Lernfeld für den Umgang mit Zigaretten stellt, noch vor dem Einfluss Gleichaltriger, die Familie dar (Hurrelmann & Vogt, 1985). Kinder von Eltern, die rauchen, werden öfter ebenfalls zu Rauchern als Kinder aus Nichtraucher-Familien (Bauman et al., 1990; Chassin et al., 1996; Kodl & Mermelstein, 2004; Paul et al., 2008; Pederson et al., 1998; Schmidt, 1999; Tyas & Pederson, 1998). Von den 14- bis 17-Jährigen, deren Eltern rauchen, fangen 46 % der Jungen und 46 % der Mädchen an, selbst zu rauchen. Sind die Eltern Nichtraucher, fangen 21 % der Jungen und 21 % der Mädchen an zu rauchen (Lampert & Thamm, 2007). Auch das Rauchverhalten von Stiefeltern hat signifikanten Einfluss auf den Tabakkonsum der Kinder (Fidler et al., 2008). Die familiäre Situation spielt in Bezug auf das Rauchverhalten Jugendlicher ebenfalls eine Rolle. Kinder aus unvollständigen Familiensituationen, bzw. die unter familiären Schwierigkeiten aufwachsen, rauchen häufiger (Doherty & Allen, 1994; Pederson et al., 1998). Elterlicher Erziehungsstil steht in Zusammenhang mit dem Tabakkonsum von Jugendlichen (Biglan et al., 1995; Kodl & Mermelstein, 2004): Autoritatives Erziehungsverhalten ist assoziiert mit niedrigeren Rauchquoten der Kinder (Cohen & Rice, 1997; Henrissen & Jackson, 1998; Jackson et al., 1994; Radziszewska et al., 1996). Klare Regeln im Elternhaus bezogen auf Zigarettenkonsum tragen ebenfalls zu vermindertem Tabakkonsum bei (Farkas et al., 2000; Wakefield et al., 2000). Auch die Art der Kommunikation im Zusammenhang mit einer positiven Eltern-Kind Beziehung hat Einfluss auf Alkohol- und Tabakkonsum (Cohen et al., 1994; Kafka & London, 1991; Otten et al., 2007). Unterstützung durch die Eltern beim Rauchstopp ist assoziiert mit erfolgreichem Entzug (Zundert van, et al., 2007).

Mit zunehmendem Alter gewinnt die gleichaltrige Bezugsguppe wachsenden Einfluss auf den Tabakkonsum Jugendlicher, wobei Eltern auch die Auswahl der Freunde indirekt beeinflussen: Elterliches Erziehungsverhalten und die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung stehen in Zusammenhang mit der Wahl der Freunde (Biglan et al., 1995; Kandel, 1996).

2.3.1.2 Gleichaltrige

Der Einfluss Gleichaltriger gilt als einer der wichtigsten Risikofaktoren in Bezug auf Substanzkonsum generell (Bauman & Ennett, 1996) und speziell auf das Rauchverhalten Jugendlicher (Carvajal et al., 2000; Fuchs & Schwarzer, 1997; Van den Eijnden et Al., 2007). Tabakkonsum der Freunde wird als einer der Hauptprädiktoren für jugendliches Rauchverhalten angesehen (Ary et al., 1993; Bauman et al., 2001; Biglan et al., 1995; Jackson, 1997). Im Zusammenhang mit der individuellen Auswahl des Freundeskreises kommen Sozialisations- und Selektionsprozesse zum Tragen (Kandel, 1996). Als gleichaltrige Bezugsgruppe werden Personen ausgewählt, die ähnliche Interessen und Ansichten teilen. Der gewählte Freundeskreis nimmt wiederum Einfluss auf die Einstellungen des Jugendlichen. Es ist allerdings unklar, ob der Einfluss Gleichaltriger zu Zigarettenkonsum führt oder ob sich Raucher gezielt Raucher als Freunde auswählen (Baumann & Ennett, 1996; Donaldson, 1995; Engels et al., 1997; Ennett & Baumann, 1994; Hoffman et al., 2006; Michell & West, 1996; Tyas & Pederson, 2005). In mehreren Studien hat sich in konsistenter Weise die Anzahl rauchender Freunde als eine der wichtigsten Determinanten für den Raucheinstieg erwiesen (Akers & Lee, 1996; Ennet & Baumann, 1994; Kutza & Walden, 1999). In der Altergruppe der 14- bis 17-jährigen gaben 45 % der befragten Jungen und 43 % der Mädchen, die Raucher im Freundeskreis hatten, an, ebenfalls zu rauchen. Waren die Freunde Nichtraucher, rauchten 8 % der Jungen und 11 % der Mädchen (Lampert & Thamm, 2007). Jugendliche Raucher, deren Freunde ebenfalls rauchen, sind auch weniger bereit zum Rauchstopp (Sussman et al., 1998). Die Unterstützung durch den Freundeskreis hat sich als einer der stärksten Prädiktoren bei Jugendlichen im Zusammenhang mit einem erfolgreichen Rauchstopp erwiesen (Chen et al., 2001; Dijk et al., 2007).

2.3.1.3 Schule

Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2001/2002 und der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen von 2004 zeigen, dass die schulische Bildung im Vergleich zu Alkohol- und Drogenkonsum stärker mit dem Tabakkonsum korreliert (Currie et al., 2004; Kraus et al., 2008). Der Anteil rauchender Jugendlicher ist assoziiert mit dem Schultyp. Richter und Leppin (2007) ermittelten bei Hauptschülern ein im Vergleich zu Gymnasiasten viermal so hohes Risiko zu rauchen. Wie in Tabelle 4 dargestellt, besteht an Realschulen und Hauptschulen sowohl für Jungen als auch für Mädchen im Vergleich zu Gymnasien ein deutlich höherer Anteil rauchender Schüler (BZgA, 2006; Lampert & Thamm, 2007).

Tabelle 4: Substanzgebrauch nach besuchtem Schultyp bei 14- bis 17-Jährigen
(Lampert & Thamm, 2007)

Schultyp	Geschlecht	% [95%-KI]	OR [95%-KI]
Hauptschule	männlich	42,2 [37,0 – 47,6]	4,64 [2,91 – 7,38]
	weiblich	46,6 [39,9 – 53,4]	3,39 [2,28 – 5,03]
Realschule	männlich	31,4 [27,3 – 35,9]	2,77 [1,90 – 4,02]
	weiblich	33,5 [29,5 – 37,9]	1,70 [1,27 – 2,26]
Gymnasium	männlich	17,6 [14,1 – 21,7]	Ref.
	weiblich	23,1 [20,2 – 26,3]	Ref.

Fettdruck = signifikantes Ergebnis

Die höchste Raucherquote weisen Schüler berufsbildender Schulen auf: 50% der Berufsschüler bezeichnen sich als ständige oder gelegentliche Raucher, 45% geben an, in den letzten 30 Tagen und mehr als 100 Zigaretten insgesamt geraucht zu haben und 31% sind tägliche Raucher (BZgA, 2006).

Rauchverbot an Schulen wirkt sich auf den Zigarettenkonsum der Schüler aus (Piontek et al., 2008). Charlton und While untersuchten in einer Studie den Einfluss des Rauchverbots in der Schule auf das Rauchverhalten der Schüler. Schulen, an denen sowohl Lehrern als auch Schülern das Rauchen erlaubt war, verzeichneten die höchsten Rauchprävalenzraten. An Schulen mit Rauchverbot sowohl für Schüler als auch für Lehrer wurden die niedrigsten Raucherquoten gefunden (Charlton & While, 1994). Das Vorhandensein eines formalen Rauchverbots allein wirkt sich allerdings kaum auf das Rauchverhalten der Schüler aus, sondern muss auch in der Praxis konsequent durchgeführt werden durch Kontrollen auf dem Schulgelände und die Sanktionierung von Regelverletzungen (Piontek et al., 2007). Zigarettenkonsum von Schülern steht in Zusammenhang mit schulischer Leistung und schulischem Engagement bzw. Ehrgeiz (Tyas & Pederson, 2005). Schüler, die bessere schulische Leistungen vorweisen, rauen demnach signifikant weniger (Piontek et al., 2008). Im Umkehrschluss wurde ein positiver Zusammenhang gefunden zwischen Schuleschwänzen und Tabakkonsum (Charlton et al., 1997). Der (mögliche) Einfluss schulischer Faktoren auf den Rauchausstieg war bislang kaum Gegenstand von Untersuchungen.

Es gibt bislang kaum Studien, die auf den Ausstieg jugendlicher Raucher aus dem Zigarettenkonsum fokussieren. Fischer & Leppin (2006) merken in Bezug auf die Untersuchung von Einflussfaktoren auf den Tabakkonsum Jugendlicher kritisch an, dass bei der Mehrzahl der veröffentlichten Untersuchungen die Daten rein auf subjektiven Aussagen der befragten Jugendlichen basieren und oftmals keine weiteren (objektiven) Werte herangezogen wurden.

Weiter wird in diesem Kontext bemängelt, dass kaum eine Studie die Folgewirkung mehrerer Faktoren zusammen auf das Rauchverhalten untersucht, sondern meist jeweils gesondert beispielsweise der Einfluss der Familie oder der Schule oder der gegenwärtigen emotionalen Situation des Jugendlichen beforscht wird (Aveyard et al., 2003).

2.3.2 Makrosoziale Einflüsse

Auf Gesellschaftsebene nimmt die soziale Bewertung des Rauchens Einfluss auf das Rauchverhalten Jugendlicher (Pierce & Gilpin, 1995). Eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe stellt in diesem Zusammenhang die Implementierung von wirksamen Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums dar (Baumeister et al., 2007). Im Vergleich zu der Tabakkontrollpolitik europäischer Nachbarstaaten wie z.B. Italien und Großbritannien, besteht in Deutschland derzeit noch Nachholbedarf (Gilmore & McKee, 2004; Giskes et al., 2007; Schumann et al., 2006). Zwar besteht seit September 2007 ein Rauchverbot in allen öffentlichen Gebäuden sowie für Jugendliche unter 18 Jahren. Es existiert jedoch bislang z.B. für die Gastronomie noch keine einheitliche Anti-Rauch-Gesetzgebung in den 16 Bundesländern.

Einen weiteren Einflussfaktor auf das Rauchverhalten Jugendlicher stellt die Tabakwerbung dar. Medienkonsum unter Jugendlichen ist hoch (Rideot et al., 2005). Die verschiedenen Medienkanäle nehmen im Zusammenhang mit der jugendlichen Suche nach Identifikationsfiguren einen großen Stellenwert ein (Brown et al., 1994). Die Tabakindustrie greift ihrerseits auf Medien zurück, um Jugendliche in ihrem Rauchverhalten zu beeinflussen (Biener & Siegel, 2000; Gilpin & Pierce, 1997; Hanewinkel & Pohl, 1998; Pierce et al., 1991; USDHHS, 1994). Gemäß dem vorläufigen Tabakgesetz ist es nach §22 verboten, für Tabakerzeugnisse im Fernsehen oder Radio zu werben bzw. den Eindruck zu vermitteln, dass Tabakgenuss gesundheitlich unbedenklich ist oder das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit günstig beeinflusst. Es ist verboten, Tabakerzeugnisse so darzustellen, dass sie besonders Jugendliche ansprechen und das Inhalieren des Tabakrauches als nachahmenswert erscheinen lassen. Allerdings wird in der Praxis nach wie vor gezielt die jugendliche Konsumentengruppe u.a. mit Kino- und Plakatwerbung durch die Zigarettenindustrie beworben und Tabakkonsum in diesem Kontext als zielgruppenorientiert attraktiv und „cool“ dargestellt. In mehreren Studien wurde eine positive Korrelation zwischen der Erinnerung von Jugendlichen an bestimmte Werbeanzeigen bzw. Marken und der Absicht zu rauchen, dem Rauchbeginn oder dem Ausmaß des Rauchens nachgewiesen (Hanewinkel & Pohl, 1998; Pierce et al., 1991; Pierce et al., 1994;). Die Konfrontation Jugendlicher in der Werbung mit jugendspezifisch attraktiven, „coolen“ Models, die als potentielle Identifikationsfiguren dienen, hat großen Einfluss auf deren positive Wahrnehmung von Rauchern (Lovato et al., 2003; McCool et al., 2005; Pechmann et al., 2003;

Romer & Jamieson, 2001). Diese Beeinflussung durch die Werbung ist jugendlichen Rauchern nicht bewusst, als Grund für den eigenen Tabakkonsum geben sie vielmehr das „coole“ Raucherimage ihrer Freunde an (Pechmann & Knight, 2002). In einer Studie wurde die Art und Weise untersucht, in der Rauchen in 100 beliebten Filmen dargestellt wurde. Zigarettenrauchen wurde als romantisch und sexy beschrieben (McIntosh et al., 1998). Im Gegensatz zu Erwachsenen besitzen Jugendliche geringere kognitive Fertigkeiten, um sich gegen Werbestrategien wehren zu können (Hanewinkel & Pohl, 1998). Ein umfassendes, langfristiges Werbeverbot für Zigaretten steht in Zusammenhang mit präventiven Effekten auf das Zigarettenkonsumverhalten von Jugendlichen (Hanewinkel & Pohl, 1998). Bislang existieren kaum Studien, die sich mit dem Einfluss makrosozialer Faktoren bezogen auf den Ausstieg von jugendlichen Rauchern befassen.

2.3.3 Intraindividuelle Faktoren

Das Rauchverhalten wird durch eine Vielzahl personenbezogener Faktoren bedingt. Ein in der Literatur im Zusammenhang mit Zigarettenkonsum bei Jugendlichen beschriebenes Phänomen stellt „Sensation Seeking“ dar. Das Konstrukt „Sensation Seeking“ nach Zuckerman (Zuckerman, 1994; Zuckerman & Kuhlman, 2000; Zuckerman, 2007) bezeichnet ein Persönlichkeitsmerkmal, das durch die aktive ständige Suche nach Abwechslung und neuen, intensiven, komplexen (Sinnes-) Erlebnissen gekennzeichnet ist und mit der Bereitschaft, dafür körperliche, soziale, rechtliche und finanzielle Risiken einzugehen, einhergeht. Das Konstrukt steht in korrelativem Zusammenhang mit Tabakkonsum (Kopstein et al., 2001; Zuckerman et al., 1990). Jugendliche Raucher erwiesen sich in Untersuchungen, in denen sie Fragebögen zu Impulsivität ausfüllen mussten, als impulsiver als gleichaltrige Nichtraucher (Reynolds et al., 2007).

Jugendliche, die vom Experimentierstadium zum regelmäßigen Rauchen übergehen, berichten öfter von Erfahrungen mit Depressionen (Koval et al., 2000) und Angst (Sonntag et al., 2000). Jugendliche Raucher ernähren sich insgesamt weniger gesund, treiben weniger Sport und essen mehr Fastfood als gleichaltrige Nichtraucher (Larson et al., 2007). Ein positiver Zusammenhang wurde gefunden zwischen dem Ausmaß an Fernsehkonsum und dem Rauchverhalten Jugendlicher (Gidwani et al. 2002; Gutschoven & van den Bulck 2004; Gutschoven & van den Bulck 2005; Hancox et al., 2004).

Der Einstieg Jugendlicher in den Tabakkonsum ist durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren bedingt. Aktuell bekannt ist, dass, bezogen auf soziale Faktoren, eine positive Eltern-Kind-Beziehung und soziale Unterstützung durch Familie und Freunde einen erfolgreichen

Rauchausstieg bei Jugendlichen begünstigen. Bezogen auf den Rauchausstieg liegen bislang noch kaum Studien vor, doch es ist anzunehmen, dass auch in diesem Zusammenhang von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge ausgegangen werden kann. Es besteht daher vor allem bezogen auf Rauchausstieg Forschungsbedarf. Das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren obliegt keinem Mechanismus, der zur Erklärung von Rauchverhalten bei Jugendlichen herangezogen werden kann. Eine Möglichkeit, um ein Verständnis speziell für das Rauchverhalten in dieser Altersgruppe zu entwickeln, stellt die Analyse (entwicklungs-) psychologischer Theorien und Modellen dar (siehe 2.5).

2.4 Ausstieg aus dem Tabakkonsum

2.4.1 Epidemiologie

Nur wenige Jugendliche, die mit dem Rauchen angefangen haben, schaffen den Ausstieg (Mermelstein, 2003). Nur zwischen 1 und 4 % der jugendlichen Raucher zwischen 12 und 19 Jahren schaffen erfolgreich den Ausstieg (BZgA, 2006; Zhu et al., 1999). Die Hälfte aller jugendlichen Raucher wird für 16-20 Jahre weiterrauchen (Pierce & Gilpin, 1996).

Dies liegt offensichtlich nicht daran, dass sie nicht aufhören wollen. Jugendliche Raucher sind vielmehr dazu motiviert, über den Ausstieg nachzudenken (Fiore et al., 2008). Im Alter von 18 Jahren bedauern annähernd 70 %, dass sie mit dem Rauchen begonnen haben (Moolchan et al., 2000) und die Mehrzahl der jugendlichen Raucher möchte aufhören (Burt & Peterson, 1998; BZgA, 2006; Fiore et al., 2008; Heppekausen, 2001; Stanton et al., 1996; Stone & Kristeller, 1992). Der Aufhörwille ist bei weiblichen und männlichen Jugendlichen etwa gleich groß (BZgA, 2006). Während nur 5 % der jugendlichen Raucher angeben, sich selbst in fünf Jahren noch als Raucher zu sehen, rauchen 75 % auch nach acht Jahren weiterhin (Grimshaw et al., 2003; Sussman et al., 1998).

International haben 60 – 85 % der jugendlichen Raucher durchschnittlich bereits mindestens einen erfolglosen Ausstiegsversuch hinter sich (BZgA, 2006; Ershler et al., 1989; Moolchan et al., 2000).

2.4.2 Gründe für erfolglosen Rauchstopp

Mehrere Gründe können für die geringe Rauchstopp-Quote unter Jugendlichen angeführt werden:

Rauchstopp im Alleingang als präferierte Aufhörmethode

Die meisten Jugendlichen wollen den Ausstieg ohne professionelle Hilfe (BZgA, 2007; Centers for Disease Control and Prevention, 2003; Lawrence, 2001; Leatherdale &

McDonald, 2005; Stanton et al., 1996; Sussman et al., 2009; Sussman et al. 1998) alleine und damit häufig ohne weiterführende Planung und Konzept (Fiore et al., 2008; Kealy et al., 2007; Pallonen, 1998) schaffen. Dieser Entwöhnungsansatz hat sich als die Methode mit der geringsten Wirksamkeit erwiesen (Stanton, 1995).

Unzureichende Motivation zur Teilnahme an Gruppenentwöhnungsprogrammen

Zur Teilnahme an Ausstiegsprogrammen sind Jugendliche nur unzureichend motiviert (Amos et al., 2006; Kealy et al., 2007; Leatherdale, 2006). Angebotene Kurse scheitern oftmals an fehlenden Teilnehmern. Rekrutierungs- und Haltequote sind folglich bei Tabakentwöhnungsprogrammen gering (McCormick et al., 1999; US Department of Health and Human Services, 1994). Über die Gründe für die geringen Teilnahmequoten an Tabakentwöhnungsprogrammen für Jugendliche ist bislang nur wenig bekannt (Balch et al., 2004; DeVries et al., 2007).

Erklärungen für die ablehnende Haltung gegenüber solchen Hilfsangeboten sind:

- (a) Vorurteile gegenüber Entwöhnungsprogrammen (Balch, 1998; Balch et al., 2004),
- (b) Unwissenheit über die Existenz derartiger Programme (Baillie et al., 2008),
- (c) Unterschätzung der Schwierigkeit des Ausstiegs und damit der Relevanz professioneller Unterstützung (Al-Delaimy et al., 2006; Balch et al., 2004; Fiore et al., 2008; Leatherdale, 2006)
- (d) Hemmungen, an einem Gruppenprogramm teilzunehmen: Für Jugendliche stellt Hilfe in Anspruch zu nehmen eine Art Kränkung im Rahmen des jugendlichen Narzissmus dar. Sie wollen es alleine schaffen (Leatherdale, 2006).
- (e) Zweifel am gesteigerten Ausstiegserfolg durch Teilnahme an einem Programm (Amos et al., 2006) bzw. zu hoher wahrgenommener Aufwand (Hines, 1996).
- (f) Jugendliche sind konsumorientiert und bisherige Angebote signalisierten wenig jugendspezifische Anreize wie z.B. eine zielgruppenorientierte Rekrutierung und altersgerechte Gestaltung der Kursmaterialien.

Geringe unmittelbar negative Konsequenzen durch Zigarettenkonsum:

Für Jugendliche sind die langfristigen negativen (gesundheitlichen) Konsequenzen des Rauchens weniger spürbar als für Erwachsene. Die kurzfristigen angenehmen Folgen des Rauchens überwiegen. Jugendliche Raucher sind dadurch - noch mehr als erwachsene Raucher - ambivalent hinsichtlich ihrer Ausstiegsmotivation. Sie fühlen sich von gesundheitlichen Risiken bedingt durch Zigarettenkonsum weniger betroffen als Erwachsene, was sich negativ auf die konsequente, längerfristige Bereitschaft zum Rauchstopp auswirkt (Coambs et al., 1992; Murphy-Hoefer et al., 2004).

Über- bzw. Unterschätzung der eigenen Veränderungskompetenz:

Die eigene Veränderungskompetenz wird von jugendlichen Rauchern oft über- oder unterschätzt (Fiore et al., 2008; Lindinger, 2006). Jugendliche sind in der Pubertät oftmals von starken Stimmungsschwankungen betroffen, die zwischen Gefühlen der Selbstüberschätzung und mangelndem Selbstbewusstsein pendeln. Diese emotionale Labilität beeinflusst auch die subjektiv wahrgenommene Kompetenz in Bezug auf den Rauchstopp. In einer Befragung der BZgA (BZgA, 2005) wurden jugendliche Raucher zur Untersuchung der Selbstwirksamkeiterwartung nach der Einschätzung der eigenen Motivation gefragt, Nichtraucher zu werden sowie nach einer Einschätzung der eigenen Kompetenz jederzeit das Rauchen aufzugeben zu können. Dabei zeigte sich, dass sich viele jugendliche Raucher trotz des parallel vielfach geäußerten Wunsches und Versuches, Nichtraucher zu werden, wenig motiviert fühlen, das Rauchen aufzugeben. Bezogen auf die Einschätzung der eigenen Kompetenz zum Rauchstopp stellte sich heraus, dass nur 20 % der jugendlichen Raucher es sich zutrauten, jederzeit mit dem Rauchen aufzuhören zu können (BZgA, 2005).

Mangelnde soziale Unterstützung durch Freunde oder Familie bzgl. des Ausstiegswunsches stellt häufig ein weiteres Problem dar (Balch et al., 2004; Sussman et al., 1998; Sussman et al., 2001).

Viele jugendliche Raucher schaffen den Ausstieg aufgrund einer bereits bestehenden **Nikotinabhängigkeit** nicht (DiFranza et al., 2002; Fiore et al., 2008; Sussman et al., 2001).

Viele jugendliche Raucher sind zwar grundsätzlich motiviert zum Rauchstopp, schaffen diesen aber nicht erfolgreich und suchen zugleich jedoch auch keine Hilfe. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass ein Angebot, das Jugendliche beim Rauchstopp unterstützt, notwendig ist. Allerdings müssen bei der Entwicklung ausdrücklich die Bedürfnisse und Motivationslagen sowie der Entwicklungsstand der Jugendlichen berücksichtigt werden.

2.4.3 Bestehende Interventionsformen

In der folgenden Darstellung von bestehenden Interventionsformen wird zwischen Maßnahmen auf der Ebene der Verhältnisprävention und verhaltenspräventiven Schritten unterschieden. Verhältnispräventive Maßnahmen beziehen sich auf die äußeren Rahmenbedingungen und verfolgen Veränderungen auf gesellschaftlicher und sozialer Ebene. Verhaltenspräventive Schritte sind individuenzentriert und nehmen Bezug auf das Verhalten von Personen. Im Anschluss daran werden bestehende Formen der Intervention dargestellt.

2.4.3.1 Verhältnispräventive Maßnahmen in Deutschland

Seit einiger Zeit werden in Deutschland vermehrt verhältnispräventive Maßnahmen implementiert, um dem Tabakkonsum Jugendlicher vorzubeugen bzw. ihn zu reduzieren. Darunter fallen Schritte wie Verkaufseinschränkungen (z.B. Anhebung der Altersgrenze für die Abgabe von Tabakwaren auf 18 Jahre, Beschränkung der Nutzung von Zigarettenautomaten auf Personen über 18 Jahre) und Rauchverbote (z.B. rauchfreie Schulen). Eine Erhöhung der Zigarettenpreise reduziert die Verbreitung und die Menge von Zigarettenkonsum bei Jugendlichen (Hopkins et al., 2001). In Deutschland hielt die Erhöhung der Tabaksteuer viele Rauchern dazu an, ihr Rauchverhalten kritisch zu hinterfragen und eine Verhaltensänderung bezogen auf den Zigarettenkonsum (Reduktion bzw. Rauchstopp) zu erwägen bzw. durchzuführen (Hanewinkel & Isensee, 2003; Hanewinkel & Isensee, 2007).

2.4.3.2 Maßnahmen der Verhaltensprävention

Auf individueller Ebene, besonders im schulischen Kontext, werden verschiedene Maßnahmen der Verhaltensprävention eingesetzt wie z.B. Wissensvermittlung bzgl. der Schädlichkeit des Zigarettenkonsums, Lebenskompetenzprogramme und Wettbewerbe für Schulklassen zur kollektiven Abstinenz. Die Wirksamkeit von Maßnahmen dieser Art wird insgesamt als moderat eingestuft (Schulze et al., 2005; Swoden, et al., 2004; Wakefield & Chaloupka, 2000; Wiborg & Hanewinkel, 2002). Programme, die sich gezielt nur mit dem Thema Zigarettenkonsum befassen, haben sich als effektiver erwiesen, als solche, die mehrere Substanzen thematisieren (Tobler et al., 2000). Skara und Sussman analysierten in einem Review die langfristige Wirksamkeit von schulbasierten Suchtpräventionsprogrammen für Jugendliche anhand von 25 Studien (Skara & Sussman, 2003). Die Projekte erwiesen sich als langfristig (langfristig = mindestens zwei Jahre, der Mittelwert lag bei 69 Monaten) effektiv und konnten den Einstieg in den Tabakkonsum bei Jugendlichen bis zum Alter von 15 Jahren beeinflussen. Die Wirksamkeit von ausgewählten Präventionsstudien bezogen auf Tabakentwöhnung bei bereits rauchenden Jugendlichen untersuchten Sussman et al. (Sussman et al., 1999). Bei Programmteilnahme konnte der wöchentliche Konsum rauchender Jugendlicher um fünf absolute Prozentpunkte und über einen Zeitraum von drei Jahren reduziert werden.

2.4.3.3 Maßnahmen der Intervention

Neben der Präventionsarbeit werden verschiedene Maßnahmen der Intervention zur Unterstützung Jugendlicher beim Rauchstopp angeboten.

Internetbasierte Selbsthilfe

Eine Unterstützungsart für ausstiegswillige jugendliche Raucher stellen internetbasierte Selbsthilfeprogramme dar. Internetbasierte Ausstiegsprogramme basieren größtenteils auf dem kognitiv-behavioralen Ansatz. Die Benutzer durchlaufen mehrere Module, in denen sie auf den Rauchstopp vorbereitet und im Anschluss daran weiterhin motiviert werden. Viele Programme sind ergänzt durch Chat-Foren, in welchen die Benutzer sich austauschen können. Die Abstinenzquoten für internetbasierte Selbsthilfeprogramme liegen über den Quoten bei allein initiiertem Rauchstopp ohne Unterstützung (Hanewinkel & Wiborg, 2006). Allerdings setzt die Nutzung eines (internetbasierten) Selbsthilfeprogramms einen großen Anteil an Selbstreflektion, Eigen- und Durchhaltemotivation voraus. Internetbasierte Selbsthilfeprogramme werden vor allem von jungen Erwachsenen genutzt. Die Benutzer der internetbasierten Ausstiegshilfe für jugendliche Raucher „rauch-frei.info“ im Rahmen der „rauchfrei“-Kampagne der BZgA sind im Durchschnitt 24 Jahre alt (Tossmann, 2007). Internetbasierte Selbsthilfeprogramme gehen somit an der jugendlichen Zielgruppe der 14- bis 17-jährigen Raucher weitgehend vorbei.

Nikotinersatzbehandlungen

Bei Nikotinersatzprodukten handelt es sich um Präparate, (in Deutschland erhältlich: Nikotin-nasenspray, Nikotinpflaster und Nikotinkaugummi), die rezeptfrei in der Apotheke für Personen ab 18 Jahren erhältlich sind und zur Unterstützung bei der Raucherentwöhnung angewendet werden können. Bei erwachsenen Rauchern hat sich der Einsatz von Nikotinersatz-präparaten vor allem in Kombination mit der Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm bewährt (Batra et al., 2006; Fiore et al., 2008). Als nicht effektiv bzgl. einer Langzeitabstinenz haben sich Nikotinersatz-Interventionen bislang bei Jugendlichen erwiesen (Hanson et al., 2006; Houtsmüller et al., 2003; Hurt et al., 2000; Kröger, 2004; Moolchan et al., 2005; Smith et al., 1996; Sussman et al., 2006; Sussman et al., 2009). Als ein Argument gegen die Vergabe von Nikotin-Ersatzpräparaten an Jugendliche wird angeführt, dass auch die Ersatzpräparate schädliche Auswirkungen auf die jugendlichen Konsumenten haben können (Ginzel et al., 2007). Der Einsatz von Nikotinersatzpräparaten wird daher für Tabakentwöhnung bei Jugendlichen bislang nicht empfohlen (Fiore et al., 2008). Angesichts der Tatsache, dass viele jugendliche Raucher bereits nikotinabhängig sind, und in mehreren Studien bei jugendliche Raucher, die aufhören wollten, Entzugssymptome festgestellt wurden (Dozois et al., 1995; Rojas et al., 1998; Stanton et al., 1996), erscheint weitere Forschung auf diesem Gebiet sinnvoll (Prokhorov et al., 2001; Sussman et al., 2009).

Bestehende internetbasierte Selbsthilfeangebote für aufhörfreudige jugendliche Raucher werden primär von jungen Erwachsenen genutzt. Von der Einnahme von Nikotinersatzprodukten bei jugendlichen Rauchern wird aktuell sowohl als alleinige als auch als ergänzende Maßnahme in der Forschung abgeraten bzw. es liegen keine eindeutigen Ergebnisse vor. Der Großteil der zum Ausstieg motivierten Jugendlichen schafft den Rauchstopp nicht alleine. In dieser Situation kommt Gruppenprogrammen als Entwöhnungsmaßnahme für jugendliche Raucher umso größere Bedeutung zu.

Tabakentwöhnungsprogramme für Jugendliche

Internationale Forschung zu Gruppenausstiegsprogrammen für jugendliche Raucher

Besonders US-amerikanische Studien erweisen sich im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung von Tabakentwöhnung bei Jugendlichen als hilfreich. Insgesamt können Tabakentwöhnungsprogramme für Jugendliche demnach die Ausstiegsquote im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant erhöhen (Sussman et al., 2009; Sussman et al., 2006). In Meta-Analysen wurde die Wirksamkeit von US-amerikanischen Tabakentwöhnungsprogrammen untersucht (McDonald et al., 2003; Sussman, 1999; Sussman et al., 2002; Sussman, 2006). Sussman et al. stellen in ihrem neunten Review, das auf 64 repräsentativ ausgewählten Studien mit Kontrollgruppendesign basiert, den aktuellen Wissensstand zu Tabakentwöhnungsprogrammen für jugendliche Raucher dar (Sussman et al., 2006; Sussman & Sun, 2009). Tabakentwöhnungsprogramme für Jugendliche erhöhten die Ausstiegsquote signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Effektgröße für die Teilnahme an einer Intervention führte zu einer signifikanten Verbesserung der Abstinenzrate im Vergleich zur Kontrollgruppe, wobei die Effektgröße insgesamt eher klein war. Die signifikanten Effekte bei Programmteilnahme blieben auch zu den Follow-up Zeitpunkten (0- 3 Monate, 4-12 Monate, >12 Monate) erhalten. Die Abstinenzquoten bei Programmteilnahme liegen über den Quoten, die bei spontanem, allein durchgeföhrtem Rauchstopp ohne Unterstützung ermittelt wurden und bei jugendlichen Rauchern zwischen 2 und 4 Prozent liegen (Paavola et al., 2001; Zhu et al., 1999).

Signifikante Effekte zeigten sich bei schulbasierten Entwöhnungsprogrammen mit mindestens fünf Sitzungen. Kürzere Programme zeigten keinen Effekt (Sussman et al., 2009; Sussman et al., 2006).

Bislang sind evidenzbasierte Aussagen weder zu geschlechtsspezifischen Fragestellungen noch zu Anbieterqualifikationen möglich.

Die Rekrutierung von Jugendlichen zur Teilnahme an einem Programm stellt aktuell die größte Herausforderung dar (Amos et al., 2006; Kealy et al., 2007; Leatherdale, 2006). Bei der Rekrutierung von jugendlichen Rauchern für ein Programm steht die direkte persönliche An-

sprache der jugendlichen Zielgruppe im schulischen Umfeld im Zusammenhang mit einer relativ hohen Erreichbarkeit ($> 35\%$). Häufig angewandte Rekrutierungsstrategien sind Mund-zu-Mund-Propaganda, die Vergabe von Incentives wie Geld, Kinokarten oder Freistunden in der Schule, Werbung per Poster bzw. Flyer, Medienkampagnen, Wettbewerbe, Schulveranstaltungen oder Rekrutierung durch Gleichaltrige. Es lassen sich keine Aussagen dazu machen, welche Rekrutierungsstrategie die beste ist. Die gleichzeitige Anwendung von mehreren Rekrutierungsarten hat sich besser bewährt als die Beschränkung auf nur eine Werbestrategie.

Die Haltequote stellt ein weiteres Problem im Zusammenhang mit gruppenbasierter Rauchertwöhnung bei Jugendlichen dar (McCormick et al., 1999; Wiborg et al., 2004). Als wichtiger Faktor gilt, dass das Programm den Jugendlichen Spaß machen muss und dementsprechend Elemente wie Spiele, Sketche oder die Anwendung von Yoga-Übungen enthalten sollten (Sussman & Sun, 2009).

Es ergaben sich signifikant hohe Abstinenzquoten bei Programmen, die Inhalte zur Motivationssteigerung, kognitiv- und soziale Verstärkung einbezogen und kognitiv-behaviorale Techniken, die sich im Bereich der Tabakentwöhnung bei Erwachsenen bewährt hat (Fiore et al., 2008; Silagy et al. 2004; Stead & Lancaster, 2005; Sussman & Sun, 2009).

Inhaltlich und im Aufbau sind bestehende Programme meist von Erwachsenenprogrammen abgeleitet und nicht ausreichend auf jugendspezifische Aspekte ausgerichtet (Hanewinkel & Geborg, 2006; Heppekausen et al., 2001; Lindinger, 2006; McDonald et al., 2003). Außerdem wenden sich nicht speziell an die Gruppen unter jugendlichen Rauchern mit den höchsten Rauchprävalenzraten (Curry et al., 2007).

Deutsche Tabakentwöhnungsprogramme für Jugendliche

Für den deutschen Raum gibt es aktuell neben einer Expertise von Lindinger (2006) keine weitere Übersichtsarbeit zu Tabakentwöhnung bei Jugendlichen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Bestehende Tabakentwöhnungsprogramme für Jugendliche in Deutschland

Titel	Autor/ Hrsg.	Altersgruppe	Dauer	Rauchstopp	Angebot/ Materialien	Nach-betreuung	Wirksamkeit
Just 4 U: don't smoke be free	A. Fritzsche, IKK Niedersachsen in Kooperation mit der niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS), Hannover http://www.loq.de/multiplikatoren/projekte/just4you.htm	14-18 Jahre	4 Treffen à 90 Minuten	Rauchverzicht ab Kursbeginn	Gruppenprogramm, Teilnehmermappe	Keine Nachbetreuung	n = 40 Abstinenzquote zu Kursende: 50 %
Willst du auch Keine	Dipl.-Soz.päd. M. Heyn Kompetenzzentrum für Gesundheit Würzburg http://www.auchkeine.de/	16-27 Jahre	6 Treffen	Von Teilnehmern selbst gewählter Rauchstopp-termin	Kursleitermanual, Teilnehmermappe	Per SMS und Email	n = 62 Abstinenzrate am Kursende: 50 % Abstinenzrate nach 12 Monaten: 20 %
Dein Stil - rauchfrei	Dipl.-Päd. I. Wurmbauer Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention , Lörrach http://www.villa-schoepflin.de/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=77	13-17 Jahre	8 Treffen à zwei Stunden	Von Teilnehmern selbst gewählter Rauchstopp-termin zwischen 2. und 3. Treffen	Kursleitermanual und Teilnehmerunterlagen vorhanden, aber nicht zugänglich	k.A.	n = 13: Abstinenzrate nach 3 Monaten: 33 %
Und Tschüss: Der Kurs zum Rauchstopp für Jugendliche	Dipl.-Päd. S. Witt Hamburger Suchtberatungsstellen Drei und Viva Wandsbeck, Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Hamburg	ab 15 Jahre	4 Treffen	Von Teilnehmern selbst gewählter Rauchstopp-termin	k.A.	Noch nicht geregelt	k.A.

Wirksamkeit bestehender deutscher Programme

Bisherige Aufhörprogramme für rauchende Jugendliche in Deutschland sind meist auf dem Erfahrungshintergrund einzelner Personen entstanden. Zur Wirksamkeit dieser Maßnahmen wurden bislang keine systematischen Evaluationen durchgeführt (Lindinger, 2006). Soweit Evaluationen vorliegen, sind sie hinsichtlich Aussagen zur Effektivität nur mit Einschränkungen verwertbar. Sie beinhalten zu geringe Stichprobengrößen, es wurde kein Kontrollgruppendesign berücksichtigt, kein Langzeit-Follow-Up durchgeführt oder es wurden keine geschlechtsspezifischen Fragestellungen verfolgt. Im Rahmen der durchgeführten Evaluationen wurde im Zusammenhang mit den geringen Teilnehmerzahlen besonders die Schwierigkeit der Rekrutierung jugendlicher Raucher verdeutlicht.

Aber auch Ergebnisse von *Prozessevaluationen* hinsichtlich der Akzeptanz und Durchführbarkeit derartiger Programme liegen nicht vor. Es ist unklar, ob und wie viele Jugendliche für ein solches Programm erreicht werden können. Ebenso unbekannt ist, wie Jugendliche in einem solchen Angebot gehalten werden können, welche Elemente sie besonders ansprechen und als unterstützend empfinden.

Gruppenentwöhnungsprogramme sind eine effektive Möglichkeit, zum Ausstieg motivierte junge Raucher zu unterstützen. Bestehende Programme für Jugendliche haben sich als wirksam erwiesen. Bislang fehlt jedoch eine Fokussierung auf jugendspezifische, zielgruppenorientierte Aspekte bezogen auf Programminhalte und -umsetzung. Rauchende Jugendliche für einen Ausstiegskurs zu gewinnen und sie darin zu halten, stellt die größte Herausforderung dar. Zukünftige Forschung muss sich daher noch gezielter mit dem Hintergrund des Rauchverhaltens von Jugendlichen auseinander setzen und darauf aufbauend Unterstützungsmaßnahmen entwickeln, die speziell die Bedürfnisse der jugendlichen Zielgruppe sowohl inhaltlich als auch didaktisch berücksichtigen.

2.5 Konzepte zur Ätiologie von jugendlichem Rauchverhalten

„Der Anspruch an ein umfassendes Störungsmodell der Tabakabhängigkeit besteht darin, dass es erklären kann, wie eine Person zum Raucher wird, warum ein Teil der Erstkonsumenten zu regelmäßigen Rauchern wird und ein anderer nicht, warum es Gelegenheitsraucher geben kann und warum es Raucher gibt, die trotz erheblicher gesundheitlicher Schäden nicht mit dem Rauchen aufhören können, warum einige Raucher relativ leicht damit aufhören können und andere unter erheblichen physischen oder psychischen Entzugserscheinungen leiden. Im besten Fall ließe sich aus diesem Störungsmodell das Rational der Behandlung schlüssig ab-

leiten und Hinweise für individuelle Fragestellungen in der Behandlung geben“ (Kröger & Lohmann, 2007).

Die Motive Jugendlicher zu rauchen und die Beweggründe für eine Verhaltensänderung unterscheiden sich von denen erwachsener Raucher (Heppekausen et al., 2001; Schwarzer, 2004). In der weiteren Auseinandersetzung mit Tabakentwöhnung bei Jugendlichen bildet daher Wissen über die Prozesse und Motive hinsichtlich der Entstehung, Aufrechterhaltung und Beendigung von Zigarettenkonsum bei Jugendlichen die Voraussetzung aller künftigen Arbeit (Conrad et al., 1992). Obwohl einige Interventionen für jugendliche Raucher Effekte zeigen (Sussman et al., 2006), fehlt es bislang an einer guten theoretischen Fundierung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen für Jugendliche (Flay, 1985; Stern, Prochaska et al., 1987). Das Rauchverhalten von Jugendlichen und die Analyse der entwicklungstheoretischen Hintergründe stellen ein komplexes Forschungsfeld dar, welches bei der Konzeption künftiger Ausstiegskurse Beachtung finden muss (Fiore et al., 2008).

Mehrere Theorien und Konzepte wurden im Rahmen der Entwicklung eines neuen Tabakentwöhnungsprogramms nach ausführlicher Literaturanalyse als relevant erachtet und schriftlich ausgeführt hinsichtlich der theoretischen Einbettung von Zigarettenkonsum bei Jugendlichen. Es existiert bislang in der Forschung keine eindeutige Überlegenheit einer Theorie (Tyas & Pederson, 1998). Die Relevanz der Berücksichtigung von jugendspezifischen Entwicklungsprozessen bei der Erarbeitung eines Tabakentwöhnungsprogramms für jugendliche Raucher muss vielmehr anhand von mehreren Theorien und Modellen dargestellt werden.

Im Folgenden werden acht Theorien und Modelle beschrieben, die für ein Verständnis von jugendlichem Rauchverhalten von Bedeutung sind. Jede der dargestellten Theorien und Modelle ist jeweils ergänzt durch die Ableitung relevanter Schlussfolgerungen für die Konzipierung eines Tabakentwöhnungsprogramms speziell für die Zielgruppe jugendlicher Raucher.

2.5.1 Konzept der Entwicklungsaufgaben – instrumenteller Charakter von Zigarettenkonsum

Havighurst (1953) stellte das Konzept der Entwicklungsaufgaben auf. Er geht davon aus, dass alle Menschen im Laufe ihres Lebens, vom Säugling bis zum Greis – bedingt durch ihr Alter – bestimmte, allen Menschen eines Kulturkreises ähnliche Entwicklungsaufgaben zu lösen haben. Die Bewältigung derartiger Aufgaben führt zu positivem Selbstwert, Zufriedenheit und Glück, die ungünstige oder Nichtbewältigung dagegen dazu, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung zu entwickeln.

Gemäß dem *Konzept der Entwicklungsaufgaben* steht der Jugendliche im Stadium der Pubertät vor der Aufgabe, eine Reihe psychosozialer Herausforderungen zu bewältigen (Dreher & Dreher, 1985; Havighurst, 1953). Wichtige Entwicklungsaufgaben sind interpersonal die Abgrenzung von den Eltern und die soziale Integration in eine Gruppe Gleichaltriger und intrapersonal die Identitätsfindung und der Aufbau eines eigenen Wertesystems (Leventhal & Cleary, 1980). Substanzkonsum kann in diesem Zusammenhang funktionale Bedeutung dahingehend einnehmen, die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben leichter zu bewältigen. Tabakkonsum dient z.B. als Ausdruck persönlichen Stils und der Unabhängigkeit von den Eltern (siehe Abbildung 3).

Entwicklungsaufgaben (Dreher & Dreher, 1985)	Funktionen des Tabakkonsums (Hurrelmann & Hesse, 1991; Jessor & Jessor, 1983; Moffit, 1993; Silbereisen & Kastner, 1985)
Identitätsentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausdruck persönlichen Stils • Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinserweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
Aufbau von Freundschaften; Aufnahme intimer Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> • Erleichterung des Zugangs zu Peergruppen • Exzessiv-ritualisiertes Verhalten • Kontaktaufnahme mit gegenübergeschlechtlichen Peers
Individuation von den Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstration von Unabhängigkeit • Bewusste Verletzung elterlicher Kontrolle
Lebensgestaltung, -planung	<ul style="list-style-type: none"> • Teilhabe an subkulturellem Lebensstil • Spaß haben und Genießen

Abbildung 3: Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsums (Reese & Silbereisen, 2001)

Diese instrumentelle Betrachtungsweise von Tabakkonsum bedeutet somit, dass Rauchen bei Jugendlichen andere Motive und Funktionen als bei Erwachsenen erfüllt. Rauchen stellt aus diesem Blickwinkel ein für Jugendliche kurzfristig sinnvolles Mittel zur Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben dar.

Für die Entwicklung eines Tabakentwöhnungsprogramms bedeutet das, dass alternative Fertigkeiten oder Lebenskompetenzen erlernt werden müssen, um die Entwicklungsaufgaben mit anderen Mitteln als mit Substanzkonsum zu lösen.

2.5.2 Familienpsychologie

„A cigarette for the beginners is a symbolic act. I am no longer my mother's child, I am tough, I am an adventurer, I am not square...as the force of the psychological symbolism subsides, the pharmacological effect takes over to sustain the habit.” (Phillip Morris, 1969)

In Anlehnung an das Konzept der Entwicklungsaufgaben nach Havighurst (1953) wurde in der Familienpsychologie der Begriff der Familienentwicklungsaufgabe eingeführt. Gemäß der *Familienentwicklungstheorie* durchläuft eine Familie ab ihrer Gründung eine Abfolge von charakteristischen Stufen und *Familienentwicklungsauflagen* (Duvall, 1977; Stapelton, 1980). Der Übergang von einer Familienstufe zur nächsten bedeutet jeweils eine Neuordnung des Familienlebens. Bei Kindern in der Pubertät besteht die Familienentwicklungsaufgabe angesichts des Individuationsprozesses des Jugendlichen darin, ein ausgewogenes Verhältnis von Freiheit und Verantwortung zu entwickeln. Die Jugendlichen entwickeln zunehmend ein Bedürfnis, eigene Entscheidungen zu treffen und fordern von ihren Eltern Respekt und Anerkennung als junge Erwachsene ein. Der autoritative Erziehungsstil, der Freiheit in Grenzen vorsieht, hat sich besonders in dieser familiären Phase bewährt. Zu Spannungen innerhalb der Familie kann es kommen, wenn ein Jugendlicher trotz Eintritt in die Pubertät in seinem zunehmenden Wunsch nach Unabhängigkeit nicht respektiert wird.

In der Pubertät ist die Individuation von den Eltern zentral. Die Gruppe der Gleichaltrigen gewinnt zunehmend mehr Einfluss auf den Jugendlichen als die Eltern. Die Jugendlichen leben zugleich meist noch bei ihrer Familie. Nicht zuletzt dadurch, dass die Emanzipation von den Eltern zentrale Aufgabe ist, spielen die Eltern indirekt immer noch eine zentrale Rolle. Die jugendliche Wahrnehmung von Tabakkonsum und die Bereitschaft bzw. die wahrgenommene Kompetenz aufzuhören, stehen in Beziehung zum elterlichen Verhalten und deren Einstellungen zum Rauchen (van Zundert, et al., 2007). Rauchen Eltern oder wird Zigarettenkonsum im Elternhaus toleriert, ist die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche rauchen, deutlich erhöht. Wichtige Aspekte in diesem Zusammenhang sind die Frage, wer in der Familie (den Jugendlichen) Geld für Zigaretten gibt und welche Bedeutung dem Rauchen zukommt. In vielen Familien, in denen geraucht wird, kommt dem Zigarettenkonsum auch eine soziale Bedeutung bei: Die Tochter erfährt z.B. Aufmerksamkeit, Zuwendung und Akzeptanz durch die Mutter, wenn sie abends mit ihr zusammen raucht. Zigarettenkonsum kann in diesem Zusammenhang für das Familiensystem eine identitätsstiftende Funktion einnehmen und das gemeinsame Rauchen einem Zusammengehörigkeitsgefühl gleich kommen. Diese Punkte müssen gerade in der Auseinandersetzung mit dem Rauchverhalten bei Jugendlichen berücksichtigt werden.

Es ist daher angebracht, die Herkunftsfamilie thematisch in der Intervention zu berücksichtigen. Welche Unterstützung gibt es in der Familie? Rauchen die Eltern oder Geschwister? Wo wird geraucht? Welche Funktion hat das Rauchen zu Hause?

2.5.3 Differentielle Entwicklungspfade des Tabakkonsums

Im Zusammenhang mit der Betrachtung von Tabakkonsum als Hilfsmittel bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben differenziert Moffit (1993) zwischen auf die Jugend begrenztem Problemverhalten und solchem, das sich über die gesamte Lebensspanne jeweils entwicklungsstandgemäß darstellt. Der lebenslang anhaltende Typ („life course persistent“) stellt dabei die Minderheit dar (etwa 10 %) und zeigt bereits vor der Pubertät Problemverhaltensweisen: Problemverhalten wird bei diesem Typ als Ausdruck von Anpassungsproblemen angesehen, die seit der Kindheit bestehen und zu anhaltenden Beeinträchtigungen führen (Silbereisen, 1999). Vor allem neuropsychologische Auffälligkeiten in früher Kindheit werden als Auslöser angesehen und führen in der Folge zu Besonderheiten des Temperaments und Störungen der Verhaltensanpassung, wodurch entwicklungspsychologisch wichtige Interaktionen (Familie, Kindergarten, Schule, Freizeit) beeinträchtigen werden und sich schließlich zu einem „antisozialen Syndrom“ mit vielfältigen Manifestationen entwickeln (Moffit, 1993). Bei der Mehrheit der Jugendlichen (90 %) wächst sich das Problemverhalten im Laufe der Zeit wieder aus („maturing out“). Psychoaktive Substanzen werden von dieser Gruppe der Heranwachsenden aus der Motivation heraus konsumiert, den für Jugendliche in der heutigen Gesellschaft typischen beträchtlichen Zeitverzug zwischen körperlicher Reife und sozialer Unabhängigkeit durch pseud erwachsenes Verhalten zu überbrücken (Milton et al., 2007). Anzumerken ist, dass das sogenannte „maturing out“ für Alkohol- und Cannabiskonsum, aber nicht für Tabakkonsum, zutreffend ist. Die Gefahr beim Tabakkonsum besteht aufgrund der schnell abhängig machenden Wirkung darin, dass dieser trotz der verlorenen Funktion bezüglich der zu lösenden Entwicklungsaufgabe bis ins Erwachsenenalter beibehalten wird.

Daraus lässt sich für ein Ausstiegssprogramm schlussfolgern, dass Trainer es mit einer sehr heterogenen Gruppe von Rauchern zu tun haben werden. Der Kurs möchte beide Entwicklungstypen ansprechen, wobei letzterem ein Ausstieg vermutlich deutlich schwerer fallen wird, da er neben dem Rauchen noch mit einer Vielzahl weiterer Probleme (Alkoholkonsum, Schulprobleme, etc.) konfrontiert ist. Das Thema Rauchen und das Ausstiegssprogramm kön-

nen ein Türöffner sein, um speziell diese Jugendlichen anzusprechen und Hilfsangebote anzubieten.

2.5.4 Stimmungsregulation

Jugendliche werden in ihren Entscheidungen noch stärker als Erwachsene von ihren Stimmungen und Gefühlen beeinflusst. In der Phase der Pubertät sind Jugendliche oft unausgeglichen und neigen zu starken Stimmungsschwankungen. Ein Großteil der jugendlichen Raucher konsumiert Zigaretten zur Stimmungsregulation (Johnson et al., 2003; Johnson et al., 2005; Kassel et al., 2007; Leventhal & Cleary, 1980) und vor allem zur Kompensation von negativen Gefühlen (Kassel et al., 2007; Stevens et al., 2005). Jugendliche, die primär aus dieser Motivation heraus rauchen, haben größere Schwierigkeiten sich zu einem Rauchstopp zu entschließen, da sie ein geringes Selbstwirksamkeitserleben aufweisen (Miller et al., 2000). Zigarettenkonsum von Jugendlichen steht in korrelativem Zusammenhang mit Stress, den Teenager in Konfrontation mit zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben empfinden (Byrne et al., 1995; Mansel & Hurrelmann, 1994; Mates & Allison, 1992). Als Motiv für Zigarettenkonsum wird von Jugendlichen entsprechend häufig Entspannung und Stressreduktion genannt (Dozois et al., 1995; Nicther et al., 1997). Stress erhöht das Risiko des Raucheinstiegs (Byrne et al., 1995; Finkelstein et al., 2006). Jugendliche Raucher, die über eine höhere Stressbewältigungskompetenz verfügen bzw. sich weniger gestresst fühlen, schaffen in der Regel auch erfolgreicher den Ausstieg (Stein et al., 1996; Turner et al., 2004).

Neben dem Thema Rauchstopp bietet es sich daher an, zur Affektregulation ein Training sozialer Fertigkeiten und Stimmungsmanagement in ein Ausstiegsprogramm einzubauen (Milton et al., 2003). Jugendliche sollen für ihre unterschiedlichen Gefühlslagen sensibilisiert werden und den Zusammenhang zwischen Rauchen und bestimmten Stimmungslagen erkennen, Gefühle als potentielle Rückfallsituationen wahrnehmen und alternative Strategien im Umgang mit Ärger, Wut, Nervosität, Trauer und Scham erlernen.

2.5.5 Sozial-kognitive Lerntheorie

Gemäß der sozial-kognitiven Lerntheorie nach Bandura (1986) sind die wichtigsten Determinanten des Verhaltens erlernt. Beobachtendes Lernen ist demnach die wesentliche Ursache von Rauchen. In Bezug auf Jugendliche stellen besonders Freunde, Eltern und Geschwister Rollenvorbilder in ihrem Rauchverhalten dar und beeinflussen neben mittelbaren Einflussfaktoren wie Tabakwerbung die Erwartung über die sozialen, personalen und

physiologischen Folgen des Rauchens. Der Abstinenzerfolg steht in Zusammenhang mit dem (unterstützenden) Verhalten von Rollenmodellen der sozialen Umgebung.

Bandura prägte den Begriff der Selbstwirksamkeitserwartung. Er steht für die subjektive Einschätzung beziehungsweise Überzeugung einer Person hinsichtlich ihrer Fähigkeiten, ein bestimmtes Verhalten zeigen zu können. Hat ein Jugendlicher bislang die Erfahrung gemacht, dass er trotz Engagement und Anstrengung keinen Erfolg beim Erreichen seiner Ziele hatte, wirkt sich das auch auf die Zuversicht in Bezug auf den Rauchstopp aus: „Das schaffe ich sowieso nicht!“. Umgekehrt ist eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit erfolgreichem Verhalten verbunden. Glaubt ein (jugendlicher) Raucher daran, es schaffen zu können, rauchfrei zu werden und die Abstinenz aufrechtzuerhalten, wird ihm dies auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit gelingen (Garcia et al., 1990; Gullinger et al., 1995; Stuart et al., 1994).

Ein Tabakentwöhnungsprogramm, das die sozial-kognitive Lerntheorie berücksichtigt, sollte auf die (unbewusst) vorhandenen Normerwartungen Jugendlicher bezüglich Zigarettenkonsum Bezug nehmen und vor allem auf eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit, abstinenz zu werden, fokussieren. Modelllernen und praktische Übungen tragen zu einer Erhöhung der erlebten Selbstwirksamkeit bei (Bandura, 1986). Die Vermittlung von praktischem Wissen bezogen auf das Ablehnen einer (von Gleichaltrigen) angebotenen Zigarette hat sich als sinnvoller Bestandteil von Tabakentwöhnungshilfen für Jugendliche erwiesen (Sussman et al., 1999; Sussman, 2002). Die Analyse der Umwelt im Hinblick auf Unterstützung beim Rauchstopp und Gefährdung der Abstinenz stellt ein wichtiges Programmelement dar.

Durch ein wertschätzendes und ressourcenorientiertes Trainerverhalten sowie über die Vermittlung von Kompetenzen zur Stressbewältigung, Kommunikation, Widerstand gegen Gruppendruck und die Entwicklung eines starken Selbstkonzeptes soll die Selbstwirksamkeitserwartung Jugendlicher gesteigert werden.

2.5.6 Risiko- und Schutzfaktorenmodell

Neben der Frage, inwiefern theoretische Konstrukte das Rauchverhalten von Jugendlichen erklären, beschäftigen sich auch zahlreiche empirische Untersuchungen mit jugendlichem Zigarettenkonsum. Der Weg hin zum Rauchen wird, wie bereits erwähnt, bedingt durch das dynamische Zusammenspiel von soziodemographischen, umweltbedingten, verhaltensbedingten und personengebundenen Faktoren. Diese psychosozialen Risikofaktoren beeinflussen dabei individuell verschieden die Wahrscheinlichkeit des Rauchbeginns. Das *Risiko- und Schutzfaktorenmodell* ordnet psychosoziale Einflussfaktoren entweder als Risiko- oder

Schutzfaktoren ein. Ob Tabak konsumiert wird, hängt individuell verschieden von dem Verhältnis der vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren ab.

Unter dem Begriff Risikofaktoren werden sehr heterogene Variablen zusammengefasst wie distale Rahmenbedingungen (z.B. Schichtzugehörigkeit), die Qualität der Beziehung zu Bezugspersonen, interne Bedingungen wie Temperament und Problemlöse- und Copingstrategien. Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Substanzkonsum. Der Begriff Vulnerabilität bezieht sich auf das Ausmaß, inwiefern Risikofaktoren sich ungünstig auswirken. Schutzfaktoren reduzieren die Wahrscheinlichkeit von Tabakkonsum, indem sie entweder direkt Einfluss nehmen oder den Einfluss der Risikofaktoren abschwächen. Protektive Faktoren lassen sich analog zu Risikofaktoren in distale Rahmenbedingungen, Beziehungseinflüsse und interne Schutzfaktoren aufschlüsseln. Mit Resilienz wird die Widerstandsfähigkeit gegen vorhandene Risikofaktoren bezeichnet und die Fähigkeit, stattdessen vorhandene Ressourcen zu nutzen.

Petraitis und Kollegen (Petraitis, Flay & Miller, 1995; Petraitis et al., 1998) haben ein Klassifikationsraster erstellt, in dem verschiedene Einflussfaktoren bzgl. des Zigarettenkonsums Jugendlicher nach ihrer Herkunft und ihrer Nähe zum Konsumverhalten geordnet werden. Dieses Schema veranschaulicht noch einmal zusammenfassend die Komplexität und Vielschichtigkeit des jugendlichen Zigarettenkonsumverhaltens und den Zusammenhang mit verschiedenen Faktoren.

Ebene	Typen Sozial/ Interpersonal	Kultur/ Einstellung	Intrapersonal
Ultimat	Charakteristika der wichtigsten Personen	Merkmale der unmittelbaren Umgebung	Persönlichkeitseigenschaften, biologische Dispositionen
Distal	Emotionale Bindungen + substanzspezifisches Verhalten von Peers	Werte, die zu positiver Einstellung gegenüber Substanzgebrauch beitragen	Gegenwärtiger emotionaler Zustand
Proximal	Annahmen über Druck bzgl. Substanzgebrauch	Annahmen über Kosten/ Nutzen von Substanzgebrauch	Annahmen über die eigene Fähigkeit, Substanzen zu benutzen bzw. zu vermeiden
Unmittelbar	Zigarettenkonsum/ Rauchverhalten		

Abbildung 4: Einflussfaktoren des Substanzkonsums (Petraitis et al., 1998)

In Bezug auf die Herkunft werden drei Ebenen unterschieden. Die Ebene der sozialen Herkunft berücksichtigt die soziale Umgebung des Kindes, d.h. Qualität und Art der Beziehung zu Familienmitgliedern und Freunden. Die Kategorie der kulturellen oder einstellungsbezogenen Einflussfaktoren beschreibt Werte und Einstellungen des Kindes sowie Merkmale des Umfelds, die Einfluss auf die Einstellungsbildung haben. Die Ebene der intrapersonalen Einflussfaktoren bezieht sich auf biologisch-genetische Dispositionen, Persönlichkeitstraits, momentane affektive Zustände und das Verhaltensrepertoire des Kindes.

In Bezug auf die Verhaltensnähe werden die Faktoren der genannten drei Kategorien der proximalen, distalen oder ultimaten Ebene zugewiesen. Faktoren, die der proximalen Ebene zugeordnet werden, haben direkten Einfluss auf die Konsumabsicht. Je weiter weg (distale, ultimate Ebene) Faktoren eingeordnet werden, desto geringer und indirekter wirkt ihr Einfluss auf den Probierkonsum.

In einem Tabakentwöhnungsprogramm sind Themen der distalen, proximalen und unmittelbaren Ebene relevant: Wie sind die individuelle Einstellung zu Zigaretten bzw. das Rauchverhalten (Unmittelbar: Zigarettenkonsum / Rauchverhalten)? Auf der proximalen Ebene spielen vor allem Themen wie sozialer Druck durch die Peergroup bzgl. Rauchen und die erlebte persönliche Selbstwirksamkeit, sich gegebenenfalls einem solchen Druck zu widersetzen, eine Rolle. Die distale Ebene beschreibt Aspekte wie die Bedeutung von Zigaretten im Zusammenhang mit dem gegenwärtigen emotionalen Status: Welche (positiven) Assoziationen existieren in Bezug auf die Zigarette? Welche Beziehung besteht zwischen meinen Stimmungen und Gefühlszuständen und dem Bedürfnis zu rauchen?

2.5.7 Das Transtheoretische Modell

Ein Ziel des Transtheoretischen Modells (TTM) von Prochaska und DiClemente (1983) ist die Deskription des Prozesses der Verhaltensänderung. Demnach durchläuft der Mensch, wenn er sich und sein Verhalten verändern will, sechs Stadien (siehe Abbildung 5).

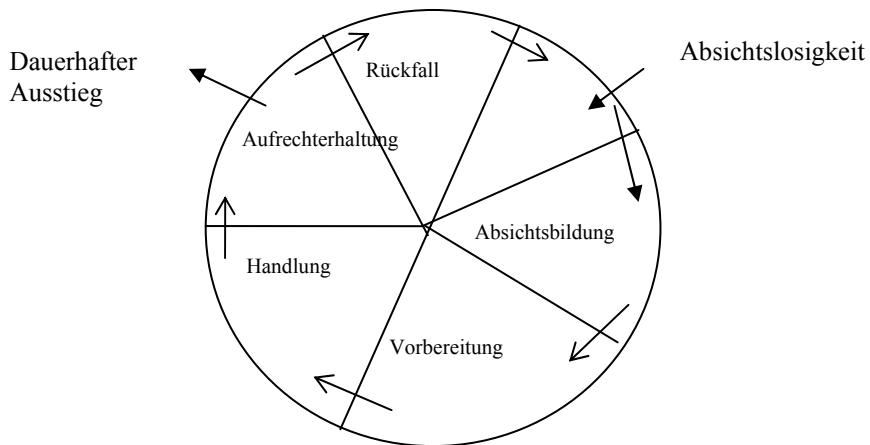


Abbildung 5: Stadien der Veränderung nach Prochaska & DiClemente (1983)

Aus dem Stadium der Absichtslosigkeit tritt er ein in einen Zyklus der Veränderung. In der Absichtslosigkeit denkt der Raucher noch nicht über die Möglichkeit des Aufhörens nach und besitzt kein Problembewusstsein. Fängt er an über die Vor- und Nachteile des Aufhörens nachzudenken, tritt er in das Stadium der Absichtsbildung ein, das stark von Ambivalenz geprägt ist. Von Zeit zu Zeit beginnt der Raucher ernsthaft über eine Veränderung ihres Rauchverhaltens nachzudenken, das ist das Stadium der Vorbereitung. Bleibt es nicht nur bei dem Vorsatz, sondern wird der Raucher aktiv, sprich verändert er sein Rauchverhalten tatsächlich, tritt er in die Handlungsphase ein. Leider reicht dies für einen dauerhaften Ausstieg noch nicht aus. Offensichtlich sind wir reich an guten Absichten und Veränderungsversuchen, denen häufig Ausrutscher und Rückfälle folgen. Im Stadium der Aufrechterhaltung muss das veränderte Verhalten gefestigt werden, damit es dann als „geändert“ Bestand hat. Bei einem Rückfall tritt der Raucher von neuem in den Veränderungszyklus ein.

Im Zusammenhang mit dem Ziel einer Verhaltensänderung trägt das Transtheoretische Modell zur Veranschaulichung und Spezifizierung der Situation der jugendlichen Raucher bei. Jugendliche sind hinsichtlich ihrer Veränderungsmotivation besonders schwankend und springen häufig zwischen den verschiedenen Stadien. Mal wollen sie lieber heute als morgen aufhören (Vorbereitung), am nächsten Tag verschieben sie diese Idee auf das nächste Jahr (Absichtslosigkeit).

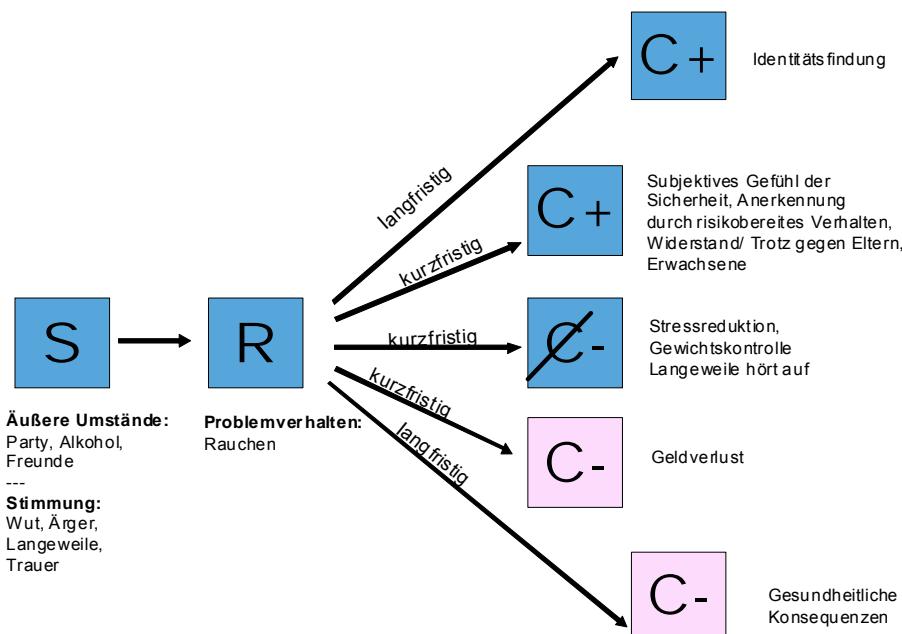
Das Transtheoretische Modell stellt ein vielfach verwendetes Modell dar, um die Bedingungen und Auslöser im Zusammenhang mit dem Rauchstopp zu untersuchen und wird diesbezüglich auch bezogen auf jugendliche Raucher angewandt (Hoeppner et al., 2006; Pallonen, 1998; Prokhorov et al., 2001;). Allerdings erscheint bezogen auf Interventionen für jugendliche Raucher eine strenge Orientierung am TTM nicht sinnvoll (Kröger & Piontek, 2005; Lindinger, 2006; McDonald et al., 2003). In Bezug auf eine beabsichtigte Einstellungs-

änderung zum Rauchen zeigen jugendliche Raucher zwar die gleichen kognitiven Ansätze und Verhaltensweisen wie erwachsene Raucher, doch erweisen sich Jugendliche als weniger vorbereitet auf den Rauchstopp als Erwachsene (Pallonen, 1998). Die Relevanz des Transtheoretischen Modells wird in der Forschung insgesamt konträr diskutiert (Farkas et al., 1996a; 1996b; Sutton, 2001; West, 2005). Nichtsdestoweniger bietet das Modell für die praktische Arbeit den Rahmen für die Erkenntnis, dass Raucher je nach dem Grad ihrer Bereitschaft zum Rauchstopp ganz unterschiedliche Bedürfnisse bzgl. Unterstützung beim Tabakentzug haben. Bezogen auf jugendliche Raucher kann das Modell zur Veranschaulichung der Ambivalenz dienen, die besonders bei Teenagern mit dem Prozess der Verhaltensänderung verbunden ist. Als Konsequenz spielt permanente Motivation durch den Trainer bei Tabakentwöhnung für Jugendliche eine große Rolle.

Ein Tabakentwöhnungsprogramm sollte in jeder Sitzung Motivierungsstrategien beinhalten. Die Trainer sollen in der Lage sein, die Stadienzugehörigkeit ihrer Teilnehmer zu identifizieren und stadienspezifisch zu intervenieren.

2.5.8 Integratives Deskriptions- und Veränderungsmodell

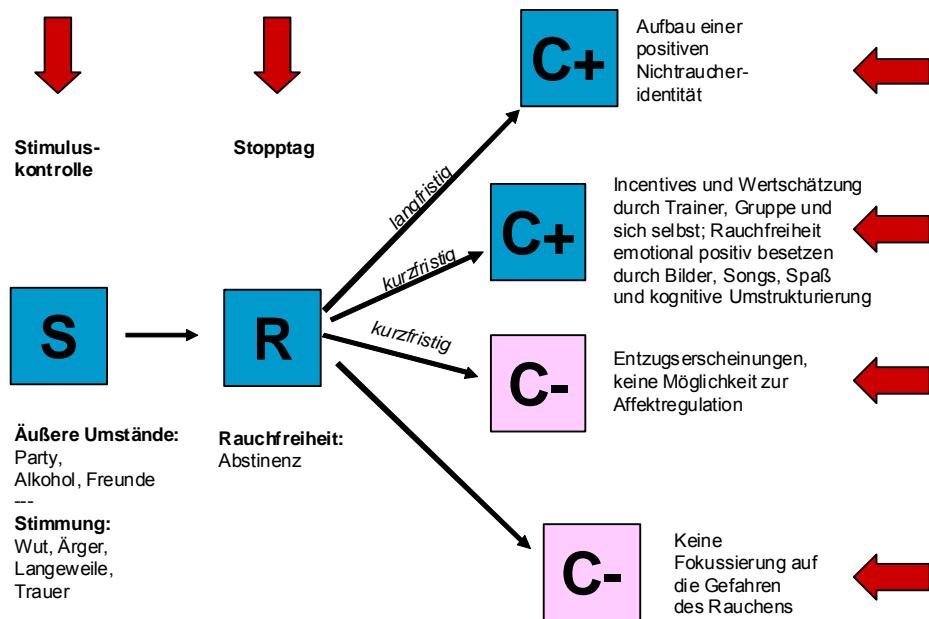
Als hilfreich zur Erklärung der Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen (= Deskriptionsmodell) des Rauchverhaltens erweist sich folgendes Modell aus der Verhaltenstherapie (Kröger, Lohmann, 2007), das in Abbildung 6 dargestellt ist.



S = Stimulus, R = Reaktion, C+ = positive Konsequenz, C- = negative Konsequenz, €- = Wegfall negativer Konsequenzen

Abbildung 6: Das Deskriptionsmodell

Es besteht ein spezifisches Problemverhalten R (Reaktion), in diesem Falle das Rauchen. Dieses wird einerseits beeinflusst durch die vorausgehenden Stimuli S. Hat sich ein Raucher angewöhnt, an bestimmten Orten, mit bestimmten Personen (= äußere Umstände) oder in spezifischen Gefühlslagen (= Stimmung) zu rauchen, so werden irgendwann diese Orte, Personen und Gefühle zu Auslösern für das Rauchen (klassische Konditionierung). Gleichzeitig wird das Problemverhalten Rauchen beeinflusst durch die Konsequenzen (C) des Rauchens. Kurzfristige Konsequenzen sind für die Steuerung des Verhaltens viel entscheidender als langfristige Folgen. Die Zigarette gibt dem Jugendlichen als kurzfristige positive Konsequenz (C+) ein subjektives Gefühl der Sicherheit, seine Stimmung wird besser, Anspannung lässt nach (ϵ^-), die Entzugssymptome verschwinden (ϵ^-) und er kontrolliert sein Gewicht (ϵ^-) (Johnson et al., 2003; Johnson et al., 2005; Kassel et al., 2007; Leventhal & Cleary, 1980). Darüber hinaus stellt das Rauchen gerade aufgrund seiner negativen gesundheitlichen Konsequenzen eine risikobereite und damit positiv besetzte Verhaltensweise dar (Dreher & Dreher, 1985; Moffit, 1993). Als langfristig positiv kann das Identitätsgefühl und die damit verbundene Gruppenzugehörigkeit gesehen werden. Eine kurzfristig negative Konsequenz (C-) stellt eventuell der regelmäßige Geldverlust dar. Die langfristigen negativen gesundheitlichen Konsequenzen (C-) kennt der Jugendliche zwar, er sieht diese aber für sich als nicht relevant an (Gefühl der Invulnerabilität von Jugendlichen) (Grimshaw et al., 2003; Sussman et al., 1998). Das Gefühl, abhängig zu sein, ist Jugendlichen aufgrund ihrer erst relativ kurzen Rauchgeschichte kaum bewusst (Al-Delaimy et al., 2006; Balch et al., 2004; Fiore et al., 2008; Leatherdale, 2006). An dieser Stelle unterscheiden sich Jugendliche sehr deutlich von Erwachsenen. Bei letzteren lassen sich erheblich mehr sowohl kurz- als auch langfristig negative Konsequenzen des Rauchens und positive Konsequenzen des Aufhörens eruieren, die zur Veränderungsmotivation beitragen, als bei Jugendlichen (Coambs et al., 1992). Aus dieser Darstellung lässt sich das Veränderungsmodell (Kröger & Lohmann, 2007) ableiten (Abbildung 7).



S = Stimulus, R = Reaktion, C+ = positive Konsequenz, C- = negative Konsequenz

Abbildung 7: Das Veränderungsmodell

Es werden drei Ansatzmöglichkeiten zur Veränderung des Rauchverhaltens unterschieden:

- 1. bei S:** In der Intervention kann an den bisher auslösenden Stimuli angesetzt werden: diese können entweder gerade zu Beginn einer Abstinenz vermieden werden (keinen Alkohol trinken, nicht in die Raucherecke gehen) oder es werden Alternativverhaltensweisen anstelle des Rauchens aufgebaut (viel trinken, Kaugummi kauen, ...).
- 2. bei R:** Rauchstopp. Hier wird den Teilnehmern durch die Vorbereitung und Vorgabe des Stopptages der Einstieg in den Ausstieg erleichtert. Die Jugendlichen sollen sozusagen „heldenhaftes Verhalten“ zeigen und für ein langfristig positives Ziel kurzfristig negative Konsequenzen ertragen. Dies ist aber gerade bei Jugendlichen schwer, da sie weniger durch kognitive Reflexion, als viel mehr durch emotionale Stimmungen geleitet werden. Verglichen mit Erwachsenen weisen Jugendliche eine niedrigere Frustrationstoleranz auf.
- 3. bei C:** Daher ist es hier besonders wichtig, kurzfristig positive Konsequenzen der Rauchfreiheit zu erzeugen (Selbst- und Fremdverstärkung im Rahmen des Programms) und gleichzeitig kurzfristig negative Konsequenzen zu vermeiden (Reframing von Entzugssymptomen, Aufbau von Fertigkeiten zur Affektregulation, Nein sagen, Rauchfreiheit als Gewinn statt als Verlust). Dies stellt bei Jugendlichen erfahrungsgemäß eine große Herausforderung dar, weil sie aus ihrer Sicht etwas für sie Angenehmes und Hilfreiches aufgeben. Es geht folglich um das Vermitteln einer adäquaten Alternative zur Zigarette.

Aus diesen Modellen leiten sich die Elemente Identifikation von Risikosituationen und –stimmungen, Aufbau von Alternativverhaltensweisen, Stimuluskontrolltechniken sowie Selbst- und Fremdverstärkung ab. Das Programm an sich soll Spaß machen und damit insgesamt Verstärkerwert besitzen.

2.6 Theorien der Verhaltensänderung

Bezogen auf Verhaltensänderung sind für Jugendliche dieselben klassischen Ansätze relevant wie für Erwachsene. Es ist allerdings wichtig, diese Modelle der Verhaltensänderung jugendspezifisch umsetzen und inhaltlich gezielt auf die Bedürfnislage Jugendlicher einzugehen. Im Folgenden werden zwei der im Erwachsenenbereich bewährten klassischen Ansätze zur Verhaltensänderung im Zusammenhang mit Tabakentwöhnung kurz dargestellt.

2.6.1 Kognitive Verhaltenstherapie

Im Erwachsenenbereich haben sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen als psychologische Standardmethode der Raucherentwöhnung bewährt (AHCPR, 1996; Fiore et al., 2008). Die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze konnte in Meta-Analysen nachgewiesen werden (Baillie et al., 1994; Stead & Lancaster, 2003). Auch bei jugendlichen Rauchern ergaben sich signifikant hohe Abstinenzquoten bei Programmen, die Inhalte zur Motivationssteigerung, kognitiv-behaviorale Techniken (McDonald et al., 2003) und soziale Verstärkung (Commitment) einbezogen (Sussman et al. 2006, Sussman & Sun, 2009).

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen beinhalten im Zusammenhang mit Tabakentwöhnung u.a. Maßnahmen wie Selbstmanagement (Selbstbeobachtung, -kontrolle, -bewertung und -verstärkung), Situations- und Reizkontrolle, Rückfallprävention, Problemlösetraining, Verhaltenstraining, Stress- und Kontingenzmanagment. Bezogen auf jugendliche Raucher müssen vor allem kognitive Interventionen dem Entwicklungsstand der Kursteilnehmer entsprechend ausgelegt sein. Jugendliche sind im Vergleich zu Erwachsenen weniger strukturiert und selbstreflektiert. Diese Ausgangslage erfordert einen direktiveren strukturierteren und unterstützenderen therapeutischen Ansatz, der anstelle von kognitiven Aspekten vor allem emotionale Elemente (Gruppendynamik, Musik, Spaß) in den Vordergrund rückt (Sussman & Sun, 2009).

2.6.2 Motivierende Gesprächsführung

Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (MI) nach Miller & Rollnick (1991; 2002) hat sich im Zusammenhang mit Tabakentwöhnung bei Erwachsenen bewährt. Jedoch existiert bislang nicht *die* typische MI-Intervention (Miller & Rollnick, 2002). Mit Hilfe der MI kann

die Basis für eine Abstinenzentscheidung bzw. die Motivation zur Verhaltensänderung geschaffen werden. Die Vor- und Nachteile des Tabakkonsums und einer Veränderung des Rauchverhaltens werden erarbeitet und damit verbunden die erlebte Selbstwirksamkeit thematisiert.

Bei der Zielgruppe jugendlicher Raucher liegen bislang zu wenig Studien für eine Meta-Analyse vor (Fiore et al., 2008). Die Methode der MI bietet sich jedoch gerade bei Jugendlichen an, um mit Unterstützung Handlungspläne zu erarbeiten. In Deutschland wurde im Bereich der Suchtarbeit mit dem MOVE-Konzept (MOVE – Motivierende Kurz-intervention bei konsumierenden Jugendlichen) im Jahr 2000 ein Ansatz entwickelt, um motivierende Kurzberatung, die bislang vor allem bei Erwachsenen angewandt wurde, auf Jugendliche zu übertragen. Das Konzept sieht vor, (riskant) legale und vor allem illegale Drogen konsumierende Jugendliche möglichst früh und effektiv mittels Kurzinterventionen zu erreichen (Marzinzik & Fiedler, 2005). In einer ersten Evaluation wurden für das Konzept gute Ergebnisse erzielt (Marzinzik & Fiedler, 2005). Bezogen auf den Bereich Tabakentwöhnung bei Jugendlichen sprechen mehrere Studien für eine Implementierung und weitere Untersuchung der MI (Colby et al., 1998; Colby et al., 2006; Kelly et al., 2006; Lawendowski, 1998).

Die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und der Motivierenden Gesprächsführung haben sich im Bereich der Tabakentwöhnung bei Erwachsenen bewährt und bieten sich auch für die Arbeit mit jugendlichen Rauchern an, da sie entwicklungsbedingte Defizite wie Mangel an Struktur, Handlungsplänen und Motivation aufgreifen. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die Interventionsansätze gemäß dem Entwicklungsstand von Jugendlichen umgesetzt werden. Dem Trainer kommt dementsprechend eine besonders strukturierende und motivierende Funktion zu.

2.7 Fragestellungen und Hypothesen

Basierend auf dem in dem bisher dargestellten theoretischen und empirischen Hintergrund werden für die vorliegende Arbeit die im Folgenden dargestellten Fragestellungen und spezifischen Untersuchungshypothesen aufgestellt.

Fragestellung 1 betrifft die Entwicklung eines entwicklungsorientierten Tabakentwöhnungsmanuals für jugendliche Raucher.

Fragestellung 1: Wie kann ein theoretisch fundiertes, jugendspezifisches Tabakentwöhnungsmanual in seinen Inhalten und Rahmenbedingungen aussehen?

Hypothese 1.1: Die Entwicklung eines inhaltlich jugendspezifischen, theoriebasierten Tabakentwöhnungsmanuals ist realisierbar.

Hypothese 1.2: Es ist möglich, die Rahmenbedingungen eines Tabakentwöhnungsmanuals für Jugendliche zielgruppenorientiert zu gestalten.

Hypothese 1.3: Es ist möglich, jugendspezifische Rekrutierungsmaßnahmen zu erarbeiten.

Fragestellung 2a beschäftigt sich mit der Akzeptanz und Durchführbarkeit eines neu entwickelten Tabakentwöhnungsprogramms für jugendliche Raucher seitens der Kursteilnehmer (Prozessevaluation). Aufgrund der geringen Stichprobengröße (n kleiner als 5) werden keine statistischen Berechnungen zu Unterschieden zwischen den drei Schultypen sowie den Geschlechtern durchgeführt.

Fragestellung 2a: Wird das Tabakentwöhnungsprogramm seitens der Teilnehmer akzeptiert?

Hypothese 2a.1: Das inhaltlich und didaktisch jugendspezifisch ausgerichtete Tabakentwöhnungsprogramm wird von der Zielgruppe akzeptiert.

- Die Durchschnittsnoten, die von den Kursteilnehmern für das *Design der Kursmaterialien*, den *Inhalt der Kursmaterialien*, die *Themen* sowie den *Spaßfaktor* der einzelnen Treffen, die *Trainerin* und die *Gruppe* für die einzelnen Treffen vergeben werden, liegen über dem theoretischen Mittel von 3.5.
- Die Mehrheit der Kursteilnehmer gibt an, dass ihre Erwartungen an den Kurs erfüllt wurden.
- Die Mehrheit der Kursteilnehmer würde den Kurs weiterempfehlen.
- Die Durchschnittsnoten, die von den Kursteilnehmern für die Nachbetreuung per sms, Anruf und die Nachbetreuung insgesamt vergeben werden, liegen über dem theoretischen Mittel von 3.5.

Hypothese 2a.2: Mit dem Manual, das durchgängig jugendspezifische motivierende und gruppendifferenzielle Elemente integriert, wird eine Haltequote von mindestens 60 % erreicht.

Exkurs: Aus der vorliegenden Pilot-Studie können aufgrund der geringen Stichprobengröße ($n = 30$), der geringen Anzahl an durchführenden Kursleitern ($n = 1$) und der fehlenden Kont-

rollgruppe keine Aussagen zur Wirksamkeit abgeleitet werden. Dennoch sollen, unter Berücksichtigung dieser begrenzen Faktoren, Hinweise auf die Wirksamkeit des Programms untersucht werden.

Fragestellung 2b: Lassen sich aus der Pilotstudie Hinweise auf eine Wirksamkeit des Programms ableiten?

Hypothese 2b.1: Am Ende des Kurses liegt die Abstinenzquote der Teilnehmer bei mindestens 30 %.

Hypothese 2b.2: Unter der Mehrheit der Kursteilnehmer nehmen die Motivation und die Zuversicht zur Veränderung des Rauchverhaltens über den Kursverlauf zu.

Hypothese 2b.3: Über den Kursverlauf reduziert sich der Zigarettenkonsum der Teilnehmer.

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Bedürfnislage jugendlicher Raucher bezogen auf Unterstützung beim Rauchstopp zu untersuchen. Im Speziellen sollen die Einstellung jugendlicher Raucher zu Gruppenentwöhnungsprogrammen und die Bereitschaft bzw. die Voraussetzungen zur Teilnahme an einem Programm eruiert werden.

Fragestellung 3: Wie sieht die Bedürfnislage jugendlicher Raucher aus?

Fragestellung 3a: Welche Unterstützung wollen rauchende Jugendliche beim Rauchausstieg?

Hypothese 3a 1: Die Mehrheit der jugendlichen Raucher möchte keine Unterstützung beim Rauchstopp.

Hypothese 3a 2: Die Mehrheit der Jugendlichen, die aufhören wollen, möchte den Rauchausstieg alleine schaffen.

Hypothese 3a 3: Unter den Unterstützungsmöglichkeiten wird soziale Unterstützung durch Freunde favorisiert.

Hypothese 3a 4: Die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Gruppenentwöhnungsprogramm ist gering.

Fragestellung 3b: Bestehen geschlechts- oder schulspezifische Unterschiede hinsichtlich Unterstützungsbedürfnissen beim Rauchstopp?

Hypothese 3b 1: Der Anteil der Aufhörwilligen unter den Befragten ist bei weiblichen und männlichen Jugendlichen etwa gleich groß

Hypothese 3b 2: Gymnasiasten möchten weniger Unterstützung beim Rauchstopp als Hauptschüler.

Hypothese 3b 3: Gymnasiasten sind weniger bereit zur Kursteilnahme als Hauptschüler.

Fragestellung 3 c: Welche Motive gibt es für rauchende Jugendliche, an einem Gruppenprogramm nicht teilzunehmen?

Hypothese 3c 1: Es besteht unter den Befragten insgesamt eine Unwissen, welche Aufhörmöglichkeiten es gibt.

Hypothese 3c 2: Die Mehrheit der Jugendlichen kennt Gruppenausstiegsprogramme nicht und ist zur Teilnahme nicht bereit.

Hypothese 3c 3: Die Mehrheit der Jugendlichen hat keine Vorstellung über den Inhalt und Ablauf eines Gruppenausstiegsprogramms und Vorurteile bzgl. eines Ausstiegsprogramms.

Hypothese 3c 4: Viele der Befragten haben Zweifel an einem gesteigerten Ausstiegserfolg durch eine Programmteilnahme und denken, dass sie es trotz Kurs nicht schaffen werden.

Hypothese 3c 5: Eine Kursteilnahme ist verbunden mit sozialer Abwertung durch das Umfeld.

Fragestellung 3 d: Wie müssten ein Tabakentwöhnungsprogramm und die Rahmenbedingungen aussehen, damit jugendliche Raucher daran teilnehmen?

Hypothese 3d 1: Jugendliche Raucher sind zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungsprogramm motiviert, wenn Freunde mitmachen.

Hypothese 3d 2: Jugendliche Raucher sind zur Teilnahme motiviert, wenn der Trainer kein Lehrer ist.

Hypothese 3d 3: Jugendliche Raucher sind zur Teilnahme motiviert, wenn sie im Kurs einen positiven Umgang (durch den Trainer) wahrnehmen.

Hypothese 3d 4: Die Teilnahmebereitschaft erhöht sich mit der Vergabe von Incentives.

Hypothese 3d 5: Die Teilnahmebereitschaft ist abhängig davon, ob der Kurs Spaß macht.

3 Methodik

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen von zwei auf jeweils ein Jahr angelegten und aufeinander folgenden Projekten. Das Projekt „Theoretischer und praktischer Überblick und Entwicklung eines Ausstiegspfogramms für jugendliche Raucher“ wurde 2007/08 durchgeführt und mit dem Anschlussprojekt „Pilotstudie: Prozessevaluation und Modifikation eines neu entwickelten Ausstiegspfogramms für jugendliche Raucher“, das 2008/09 durchgeführt wurde, ergänzt. Beide Projekte wurden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert und vom IFT Institut für Therapieforschung als Auftragnehmer durchgeführt. Beratend war das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians Universität München tätig.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden neben der Literaturanalyse (zu Fragestellung 1) eine quantitative Pilotstudie (zu den Fragestellungen 2a, 2b und 3a, 3b) sowie qualitative Gruppendiskussionen (zu den Fragestellungen 3c und 3d) durchgeführt. Im Rahmen der Pilotstudie wurden zwei methodische Zugänge verwirklicht, die Gruppendiskussionen stellen die vierte Methode dar.

Im Folgenden werden alle vier methodischen Zugänge beschrieben.

Die Pilotstudie, deren Design in Abbildung 8 dargestellt ist, umfasst eine Befragung der Schüler, die an der Informationsveranstaltung teilgenommen haben (t-1), und eine wiederholte Befragung der Teilnehmer des Ausstiegskurses (t0 bis t8).

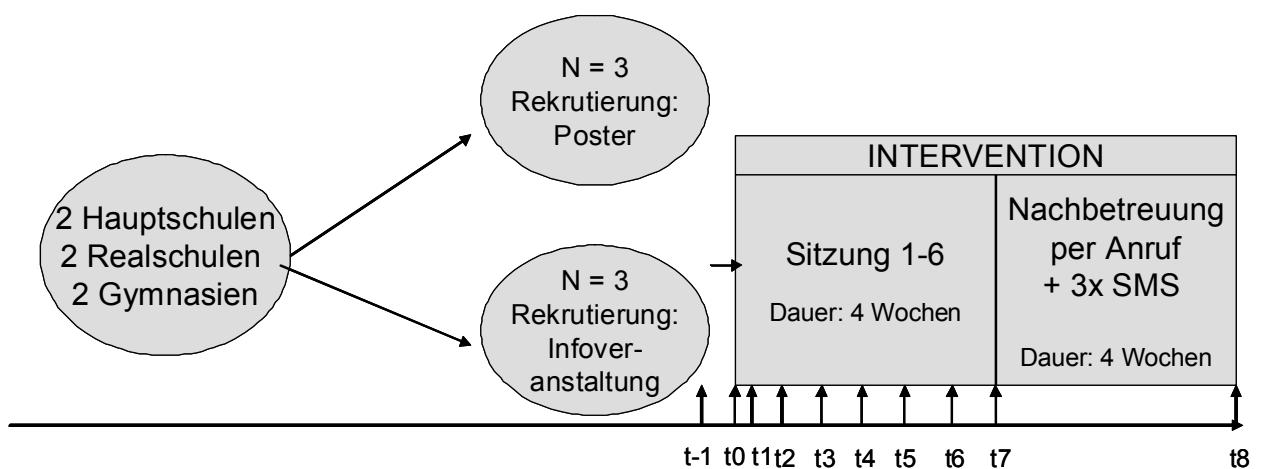


Abbildung 8: Pilotstudiendesign

3.1 Methodik zu Fragestellung 1

Im Rahmen einer ausführlichen Literaturanalyse deutsch- und englischsprachiger Fachliteratur, bestehender Tabakentwöhnungsprogramme für Jugendliche und unter Einbezug des Expertenrats mehrerer Programmentwickler wurden mehrere Theorien nach ausführlicher Literaturrecherche als relevant erachtet und als theoretische Basis des Ausstiegspfogramms schriftlich ausgeführt (siehe 2.5). Auch die Rahmenbedingungen für ein jugendspezifisches Tabakentwöhnungsprogramm wurden mittels Literaturanalyse und Expertenrat erarbeitet und formuliert.

Basierend auf dieser Grundlage wurde im nächsten Schritt ein neues, theoriebasiertes Tabakentwöhnungsprogramm für Jugendliche, bestehend aus einem ausgearbeiteten Konzept für eine Informationsveranstaltung als Rekrutierungsstrategie, einem detaillierten Kursleitermanual sowie aus Materialien für die Teilnehmer, entwickelt (Geier, Metz & Bühler, 2008).

3.2 Methodik zu den Fragestellungen 2a und 2b

3.2.1 Studiendesign

Die Akzeptanz eines neu entwickelten Tabakentwöhnungsprogramms für jugendliche Raucher soll mit Hilfe einer nicht-repräsentativen Querschnittserhebung im Rahmen einer Pilotstudie untersucht werden. Dazu wurden 4 Kurse mit dem neuen Manual durchgeführt. Die Kursteilnehmer wurden zu 8 Messzeitpunkten befragt (siehe Abbildung 8): jeweils vor Kursbeginn (t0), nach jedem der insgesamt sechs Kurstreffens (t1, t2, t3, t4, t5, t6), nach Kursabschluss (t7) und im Anschluss an die Nachbetreuung (t8).

3.2.2 Durchführung

Die Kursteilnehmer wurden im ersten Treffen über die Pilotstudie informiert. Alle Erhebungen erfolgten schriftlich. Um die Anonymität der Kursteilnehmer zu wahren und zugleich die einzelnen Fragenbögen über den Verlauf der Messzeitpunkte t0 - t8 einander zuordnen zu können, trugen die Teilnehmer auf jedem Fragebogen einen Code ein, der sich jeweils aus dem ersten und zweiten Buchstaben des Vornamens der Mutter und des Vaters zusammensetzte. Alle Kurse wurden von derselben Trainerin, einer Diplom-Psychologin (Autorin der vorliegenden Arbeit), geleitet. Die Vortest- und Nachtest-Fragebögen (t0 und t7) wurden zu Beginn des ersten Kurstreffens und im Anschluss an das letzte Treffen von der Trainerin an die Teilnehmer ausgeteilt. Die Fragebögen zu den einzelnen Treffen (t1 - t6) wurden von der Trainerin jeweils am Ende der einzelnen Treffen ausgehändigt. Der Fragebogen zur Nachbetreuung (t8) wurde nach Abschluss der Nachbetreuung durch eine Lehrkraft der Schule bzw.

eine an der jeweiligen Schule ansässige Sozialpädagogin an die Kursteilnehmer verteilt und in verschlossenem Umschlag an das IFT gesendet oder in der Schule abgegeben.

3.2.3 Messinstrumente

Die Fragebögen, die im Rahmen der Prozessevaluation eingesetzt wurden, werden im Folgenden dargestellt.

3.2.3.1 Vortest (t0)

Soziodemographische Angaben

Die Schulart (Hauptschule, Realschule oder Gymnasium) wurde von den Teilnehmern nicht selbst angegeben, sondern ergab sich jeweils aus einem Schulcode, der bereits im Vorfeld auf die jeweiligen Fragebögen gedruckt wurde. Alter und Geschlecht gaben die Schüler im Fragebogen an.

Rauchverhalten

Der aktuelle Zigarettenkonsum zu t0 wurde mit dem international üblichen 30-Tage Menge-Frequenz-Index erhoben. Die durchschnittliche Zigarettenanzahl pro Tag wird dabei berechnet aus dem Produkt der Anzahl der Tage, an denen in den letzten 30 Tagen geraucht wurde und der durchschnittlichen Anzahl der an einem Rauchtag konsumierten Zigaretten, dividiert durch 30 (Kraus & Baumann, 2008).

Tabelle 6: Items Menge-Frequenz-Index Rauchen

Items	Antwortformat	MFI-Formel
An wie vielen Tagen hast du in den letzten 30 Tagen geraucht?	An <input type="text"/> Tagen	$MFI = (X * Y) / 30$
Wie viele Zigaretten rauchst du durchschnittlich an einem Tag, an dem du rauchst?	<input type="text"/> Zigaretten	

Zusätzlich wurde mit einem Item „Wie gerne rauchst du?“ und den Antwortmöglichkeiten „sehr gerne“, „eher gerne“, „eher ungern“, „ungern“ erfasst, wie gerne die Teilnehmer rauchten.

Rauchverhalten im sozialen Umfeld

Das Rauchverhalten des sozialen Umfelds wurde mit folgenden selbstentwickelten Items erhoben (siehe Tabelle 7):

Tabelle 7: Items zum Rauchverhalten im sozialen Umfeld

Items	Antwortformat	
Ich lebe:	<input type="checkbox"/> bei meinen Eltern <input type="checkbox"/> bei meiner Mutter <input type="checkbox"/> bei meinem Vater <input type="checkbox"/> ich lebe nicht bei meinen Eltern, sondern:	
Meine Mutter raucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Vater raucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie viele Geschwister hast du?		
Wie viele deiner Geschwister rauchen?		
Wie viele deiner Freunde und Freundinnen rauchen?	<input type="checkbox"/> alle <input type="checkbox"/> die meisten <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> keiner	

Änderungsmotivation

Die Änderungsbereitschaft des Tabakkonsums wurde über die Importance- und Confidence-Skalen erhoben (Demmel, 2003, siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Items Änderungsmotivation

Items	Antwortformat
Wie wichtig ist es dir, jetzt mit dem Rauchen aufzuhören?	<input type="checkbox"/> sehr wichtig <input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> eher unwichtig <input type="checkbox"/> unwichtig
Wie zuversichtlich bist du, dass du den Rauchausstieg in den nächsten vier Wochen schaffst?	<input type="checkbox"/> sehr zuversichtlich <input type="checkbox"/> eher zuversichtlich <input type="checkbox"/> eher unzuversichtlich <input type="checkbox"/> unzuversichtlich

Aufhörgründe

Warum die Jugendlichen mit dem Rauchen aufhören wollten, wurde mit vorgegebenen Antwortkategorien abgefragt (Tabelle 9).

Tabelle 9: Items Aufhörgründe

Items	Antwortformat
Warum willst du aufhören zu rauchen? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Wegen der Gesundheit <input type="checkbox"/> Es schmeckt mir nicht mehr <input type="checkbox"/> Rauchen ist nicht mehr cool <input type="checkbox"/> Wegen der Auswirkungen des Rauchens auf das Aussehen (z.B. verfärbte Zähne) <input type="checkbox"/> Ich möchte nicht Nikotin abhängig sein <input type="checkbox"/> Ich habe Angst, dass sich meine Lebenserwartung verringert <input type="checkbox"/> Familie/ Freunde wollen, dass ich aufhöre <input type="checkbox"/> Um Geld zu sparen <input type="checkbox"/> Um andere Menschen (z.B. Geschwister) nicht zu gefährden

Befürchtungen beim Aufhören

Die Jugendlichen wurden gefragt, ob sie für sich negative Folgen durch den Rauchstopp befürchteten, für deren Bewältigung sie sich im Kurs Unterstützung und Hilfe erwarteten. Bejahten sie diese Frage wurde nach Art der Befürchtung gefragt (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Items Befürchtungen durch den Rauchstopp

Items	Antwortformat
Ja, ich befürchte	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Ausgrenzung aus dem Freundeskreis <input type="checkbox"/> Entzugssymptome <input type="checkbox"/> (Noch) andere negative Folgen: und zwar:

Aufhörversuche

Zur bisherigen Aufhörgeschichte wurden folgende Fragen gestellt (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Items Aufhörversuche

Items	Antwortformat
Hast du schon mal ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wann hast du das letzte Mal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?	<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten Woche <input type="checkbox"/> vor zwei bis vier Wochen <input type="checkbox"/> vor mehr als vier Wochen <input type="checkbox"/> vor mehr als einem halben Jahr <input type="checkbox"/> vor mehr als einem Jahr
Hast du es schon mal geschafft, für mindestens 24 Stunden nicht zu rauchen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Wie oft hast du das geschafft? <input type="checkbox"/> 1-3x <input type="checkbox"/> 4-10x <input type="checkbox"/> mehr als 10x

3.2.3.2 Fragebögen zu den einzelnen Treffen (t1 bis t6)

Akzeptanz der Interventionen

Zur Erfassung der Akzeptanz des jeweiligen Treffens vergaben die Teilnehmer nach jeder Kursstunde (Messzeitpunkte t1 bis t6) eine Art Schulnote von eins bis sechs („Insgesamt gebe ich der Sitzung heute die Note ...“ und der Vorgabe „Note 1-6“).

Neben der globalen Bewertung des Treffens insgesamt wurden die *Themen* der einzelnen Treffen („Den Themen des heutigen Treffens gebe ich die Note (...“), die *Trainerin* („Der Trainerin gebe ich für das heutige Treffen die Note (...“), die *Gruppe* („Der Gruppe gebe ich für das heutige Treffen die Note (...“), der *Spaßfaktor* („Für den Spaßfaktor des heutigen Treffens gebe ich die Note (...“), die *Inhalte* der Kursmaterialien („Den Inhalten der Kursmaterialien des heutigen Treffens gebe ich die Note (...“) und das *Design* der Kursmaterialien („Dem Design der Kursmaterialien gebe ich die Note (...“) der jeweiligen Kursstunde bewertet.

Rauchverhalten

Das aktuelle Rauchverhalten wurde mit folgendem Item erfragt: „Wie viele Zigaretten rauchst du im Moment durchschnittlich pro Tag?“. Die Teilnehmer gaben die Anzahl der Zigaretten an.

Änderungsmotivation

Die aktuelle Änderungsmotivation und die Änderungszuversicht wurden bis zum Rauchstopp (t1 bis t3) mit zwei Items abgefragt (siehe Tabelle 12). Ab dem vierten Treffen (t4) wurde ein

Item vorgegeben, um dem Rauchstatus des Jugendlichen entsprechend die Abstinenz- oder Änderungszuversicht erfassen zu können.

Tabelle 12: Items Änderungsmotivation

Items	Antwortformat
t1-t3 Wie motiviert bist du heute, dein Rauchverhalten zu ändern?	<input type="checkbox"/> sehr motiviert <input type="checkbox"/> eher motiviert <input type="checkbox"/> eher unmotiviert <input type="checkbox"/> unmotiviert
Glaubst du, dass du es schaffen kannst, mit dem Rauchen aufzuhören?	<input type="checkbox"/> Das schaffe ich ganz sicher. <input type="checkbox"/> Wahrscheinlich schaffe ich es. <input type="checkbox"/> Wahrscheinlich schaffe ich es nicht. <input type="checkbox"/> Das schaffe ich ganz sicher nicht.
t4 und t6 Glaubst du, dass du es schaffen kannst, zukünftig rauchfrei zu bleiben/ zu werden?	<input type="checkbox"/> Das schaffe ich ganz sicher. <input type="checkbox"/> Wahrscheinlich schaffe ich es. <input type="checkbox"/> Wahrscheinlich schaffe ich es nicht. <input type="checkbox"/> Das schaffe ich ganz sicher nicht.

3.2.3.3. Nachtest (t7)

Im Anschluss an das letzte Treffen füllten die Kursteilnehmer den Nachtest aus.

Akzeptanz des Kurses

Die Akzeptanz des gesamten Kurses wurde durch dieselben Items erfasst, die jeweils im Anschluss an die einzelnen Treffen abgefragt wurden (siehe 3.2.5.2).

Zusätzlich wurde im Nachtest danach gefragt, ob die Erwartungen an den Kurs erfüllt wurden (Ja/Nein) und ob man den Kurs weiterempfehlen würde (Ja/Nein).

Rauchverhalten

Das Rauchverhalten seit Kursbeginn wurde mit folgendem Item abgefragt (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Item Rauchverhalten Nachtest

Items	Antwortformat
Wie hat sich dein Rauchverhalten seit Kursbeginn verändert?	<input type="checkbox"/> Ich habe aufgehört zu rauchen. <input type="checkbox"/> Ich rauche weniger. <input type="checkbox"/> Ich rauche genauso viel. <input type="checkbox"/> Ich rauche mehr.

Anschließend wurde differenziert zwischen Teilnehmern, die seit dem Stopptag wieder geraucht hatten und solchen, die nicht mehr geraucht hatten. Das Item „Hast du seit dem Quit-Day wieder geraucht?“ konnte bejaht oder verneint werden.

Das aktuelle Rauchverhalten wurde mit dem Menge-Frequenz-Index erfasst, allerdings bezogen auf die Zeit seit dem Stopptag und nicht auf die letzten 30 Tage (siehe Tabelle 8).

Unterstützung und Hindernisse beim Rauchstopp

Teilnehmer, die seit dem Stopptag nicht mehr geraucht hatten, wurden danach gefragt, was ihnen am meisten dabei geholfen hatte, rauchfrei zu werden. Teilnehmer, die seit dem Stopptag wieder geraucht haben, wurden nach den Hindernissen gefragt (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Items Unterstützung und Hindernisse beim Rauchstopp

Items	Antwortformat
Abstinente Teilnehmer: Was hat dir am meisten dabei geholfen, rauchfrei zu werden? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> die Gruppe <input type="checkbox"/> die Trainerin <input type="checkbox"/> meine Freunde <input type="checkbox"/> meine Familie <input type="checkbox"/> sonstiges:
Nicht abstinente Teilnehmer: Was hat dich daran gehindert, mit dem Rauchen aufzuhören? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> die Nikotinabhängigkeit <input type="checkbox"/> die Gewohnheit <input type="checkbox"/> rauchende Freunde <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> der Genussfaktor <input type="checkbox"/> rauchende Familienmitglieder <input type="checkbox"/> sonstiges:

Rauchfreie Teilnehmer gaben zudem an, ob der Kurs ihnen ihrer Meinung nach dabei geholfen hat, rauchfrei zu werden (ja/nein).

Zuversicht

Die Zuversicht die Abstinenz zu halten oder das Rauchverhalten doch noch zu ändern wird für abstinente und nicht-abstinente Teilnehmer gesondert abgefragt (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Zuversicht nach dem Kurs

Items	Antwortformat
Abstinenter Teilnehmer: Wie zuversichtlich bist du, dass du es schaffen kannst, in den nächsten vier Wochen rauchfrei zu bleiben?	<input type="checkbox"/> sehr zuversichtlich <input type="checkbox"/> eher zuversichtlich <input type="checkbox"/> eher unzuversichtlich <input type="checkbox"/> unzuversichtlich
Nicht abstinenter Teilnehmer: Wie zuversichtlich bist du, in den nächsten vier Wochen noch mal einen Aufhörsversuch zu machen? Wie zuversichtlich bist du, dass du es schaffen kannst, in den nächsten vier Wochen rauchfrei zu werden?	

3.2.3.4 Fragebogen zur Nachbetreuung (t8)

Im Anschluss an die Nachbetreuung erhielten die Teilnehmer den Fragebogen zur Nachbetreuung, in dem das aktuelle Rauchverhalten und die Bewertung der Nachbetreuung erfasst wurden.

Akzeptanz der Nachbetreuung

Die Akzeptanz der Nachbetreuung wurde erfasst durch die Bewertung der Nachbetreuung per sms und per Anruf (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Items Akzeptanz der Nachbetreuung

Items	Antwortformat
Welche Note vergibst du für die Nachbetreuung per sms ?	<input type="text"/> (Note 1-6)
Welche Note vergibst du für die Nachbetreuung per Anruf ?	<input type="text"/> (Note 1-6)
Welche Note vergibst du für die Nachbetreuung insgesamt?	<input type="text"/> (Note 1-6)

Haben die Inhalte der Nachbetreuung per sms dich darin bestärkt, dein Rauchverhalten zu überdenken bzw. rauchfrei zu bleiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben die Inhalte der Nachbetreuung per Anruf dich darin bestärkt, dein Rauchverhalten zu überdenken bzw. rauchfrei zu bleiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Rauchverhalten

Das Rauchverhalten seit dem Stopptag wurde folgendermaßen erfasst (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Rauchverhalten Nachbetreuung

Item	Antwortformat
Hast du seit dem Quit-Day wieder geraucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Wann hast du <u>zuletzt</u> geraucht?	<input type="checkbox"/> heute <input type="checkbox"/> gestern <input type="checkbox"/> vorgestern <input type="checkbox"/> länger her und zwar vor <input type="checkbox"/> Tagen
Wie viele Zigaretten hast du an so einem Tag, an dem du geraucht hast, durchschnittlich geraucht?	<input type="checkbox"/> Zigaretten

3.2.4 Rekrutierung der Stichprobe

Die Rekrutierung von Kursteilnehmern wurde unterschiedlich angegangen. Das Programm wurde im Zeitraum von Juni bis Dezember 2008 an insgesamt sechs Schulen (2 Gymnasien, 2 Realschulen, 2 Hauptschulen) im Münchner Raum angeboten. Die Kursteilnahme war freiwillig. Als Rekrutierungsstrategie wurde an drei Schulen (1 Gymnasium, 1 Realschule, 1 Hauptschule) die Strategie Informationsveranstaltung eingesetzt, an drei Schulen (1 Gymnasium, 1 Realschule, 1 Hauptschule) wurde mit Postern für die Kursteilnahme geworben (siehe Tabelle 18). An drei Schulen (1 Gymnasium, 1 Realschule, 1 Hauptschule) wurde in der jeweiligen Rekrutierungsphase zusätzlich damit geworben, dass die Jugendlichen bei regelmäßiger Kursteilnahme (maximal eine Fehlstunde) insgesamt drei Mediengutscheine à 10 Euro erhalten.

Tabelle 18: Rekrutierungsmaßnahmen im Vergleich

Schule	Rekrutierungsmaßnahme	Incentives: ja/ nein	Kurs: ja/ nein
Hauptschule 1	Infoveranstaltung	ja	ja
Gymnasium 1	Infoveranstaltung	nein	nein
Hauptschule 2	Poster	nein	nein
Realschule 1	Poster	ja	ja
Realschule 2	Infoveranstaltung	ja	ja
Gymnasium 2	Poster	nein	ja

Es kamen insgesamt vier Kurse zustande. Zwei der vier Kurse fanden im Anschluss an die Rekrutierung per Poster statt, zwei Kurse durch die Rekrutierungsmaßnahme „Informationsveranstaltung“. In drei der vier Fälle waren den Teilnehmern Mediengutscheine versprochen worden. An allen Schulen, an denen finanzielle Incentives für die Teilnahmebereitschaft eingesetzt wurden, meldeten sich genügend Teilnehmer, um einen Kurs durchzuführen.

3.2.5 Stichprobe

Die erreichte Stichprobe von 30 Schülern setzt sich zusammen aus 20 Schülern von zwei Realschulen (67 %), aus vier Schülern eines Gymnasiums (13 %) und sechs Schülern einer Hauptschule (20 %). Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 14,9 Jahren ($SD = 1,3$, Range 13 - 17 Jahre). Es nahmen mit 57 % mehr Mädchen als Jungen am Kurs teil.

Aktuelles Rauchverhalten

Die 30-Tages-Prävalenz lag bei den Teilnehmern bei 100 %, womit das Einschlusskriterium für die Kursteilnahme bei allen Jugendlichen erfüllt war. Die tägliche Konsummenge der Teilnehmer lag bei durchschnittlich 11 Zigaretten ($SD = 5,2$; Range 1-25 Zigaretten).

Rauchverhalten im sozialen Umfeld

In den Tabelle 7 sind das Rauchverhalten der Eltern und die Wohnsituation der Teilnehmer dargestellt. Die Mehrheit der Teilnehmer (57 %) lebte bei beiden Eltern, der andere Teil lebte bei der Mutter. Bei 17 % der Teilnehmer war der Vater Raucher, bei 20 % rauchte die Mutter und bei 33 % rauchten beide Elternteile.

Die Teilnehmer gaben an, dass die meisten (80 %) bzw. alle (20 %) Freunde rauchten. Im Durchschnitt hatten die Teilnehmer 1,4 Geschwister. Bei 59 % der Teilnehmer mit Geschwistern rauchte mindestens ein Geschwisterkind.

Aufhörgründe

Als häufigster Aufhörgrund wurde mit 87 % der finanzielle Aspekt genannt, dicht gefolgt von der Gesundheit (83 %). Eine Übersicht über die genannten Aufhörgründe gibt Tabelle 19. Es waren Mehrfachantworten möglich.

Tabelle 19: Aufhörgründe (n = 30)

Aufhörgründe	Prozentualer Anteil
Um Geld zu sparen	87 %
Wegen der Gesundheit	83 %
Wegen der Auswirkungen auf das Aussehen	50 %
Ich möchte nicht nikotinabhängig sein	47 %
Freunde/ Familie wollen, dass ich aufhöre	43 %
Ich habe Angst vor einer Verringerung der Lebenserwartung	40 %
Um andere Menschen nicht zu gefährden	20 %
Es schmeckt mir nicht	13 %
Rauchen ist nicht mehr cool	13 %

Aktuelle Aufhörmotivation und Zuversicht

Auf die Frage, wie gerne sie rauchen, antworteten 93 % der Teilnehmer mit „sehr gern“ oder „eher gern“. Bezogen auf die Zuversicht für einen Rauchstopp in den nächsten vier Wochen gaben 73 % der Teilnehmer an, sie seien sehr oder eher zuversichtlich. Für 90 % der Teilnehmer ist ein Rauchstopp sehr wichtig oder wichtig.

Befürchtungen beim Rauchstopp

43 % der Teilnehmer befürchteten negative Folgen durch den Rauchstopp. 61 % aus dieser Gruppe nannten diesbezüglich Gewichtszunahme und ebenso viele befürchteten Entzugsymptome. Die Angst, infolge eines Rauchstopps aus dem Freundeskreis ausgeschlossen zu werden, wurde von keinem Teilnehmer genannt.

Aufhörgeschichte

Unter den Teilnehmern gaben 77 % an, schon mindestens einen Aufhörversuch unternommen zu haben. Zusätzlich wurde nach dem Zeitpunkt des letzten Aufhörversuches gefragt. Dabei gaben 3 % an, in der letzten Woche einen Rauchstopp unternommen zu haben, bei 17 % lag der Aufhörversuch 2-4 Wochen zurück, 20 % gaben an, vor mehr als 4 Wochen einen Rauchstopp versucht zu haben, bei 33 % lag er mehr als ein halbes Jahr zurück und bei 27 % mehr als ein Jahr.

Alle Teilnehmer (100 %) gaben an, es schon mal geschafft zu haben, für mindestens 24 Stunden nicht zu rauchen. 23 % der Jugendlichen hatten dies 1- bis 3 Mal geschafft, 30 % 4-10 Mal und 47 % gaben an, es mehr als 10 Mal geschafft zu haben.

3.2.6 Statistische Auswertung

Bei allen Fragestellungen erfolgt die Beschreibung der Daten mit den Methoden der deskriptiven Statistik (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimum, Maximum) und mithilfe graphischer Darstellungen. Prozentsätze werden zur Veranschaulichung der Ergebnisse dargestellt, auch wenn dies bei einem n unter 100 kritisch zu sehen ist.

Die Prozessevaluation bezieht sich auf die Daten aller vier durchgeführter Kurse. Ein wesentliches Problem in der Analyse ist das kaum vermeidbare Vorkommen von Dropouts, d.h. von Studienteilnehmern, die zu einem oder mehreren Messzeitpunkten keine Daten liefern. Aufgrund der ohnehin geringen Stichprobengröße wurden Non-Responder zu einzelnen Messzeitpunkten für den entsprechenden Zeitpunkt aus der Analyse ausgeschlossen, d.h., eine Person, die zu t1 geantwortet hatte, aber nicht zu t2, ging nur mit ihren t1-Werten in die Auswertung ein. Somit wurden alle vorhandenen Daten in die Auswertung eingeschlossen.

3.3 Methodik zu den Fragestellungen 3a und 3b

3.3.1 Studiendesign

Die von jugendlichen Rauchern gewünschte Art der Unterstützung beim Rauchstopp und mögliche geschlechts- oder schulspezifische Unterschiede in diesem Zusammenhang wurden im Rahmen einer querschnittlichen Befragung der rauchenden Teilnehmer an der Rekrutierungsmaßnahme Informationsveranstaltung untersucht. Im Anschluss an die Infoveranstaltung (siehe Abbildung 8) erfolgte eine Befragung der Schüler zu der Infoveranstaltung mittels eines dreiseitigen Fragebogens. Aus diesem Fragebogen wurden mehrere Items zum Bedarf jugendlicher Raucher an Unterstützung beim Rauchstopp analysiert.

3.3.2 Durchführung

Zur Rekrutierung der rauchenden Jugendlichen an den Schulen wurde eine verpflichtende Informationsveranstaltung für Schüler bestimmter Klassenstufen durchgeführt. Im Rahmen der Informationsveranstaltung fand ein 90-minütiger PowerPoint-Vortrag zum Thema Rauchen, Nichtrauchen und Vorstellung des Programms „Losgelöst“ statt. Alle drei Veranstaltungen wurden von der Kurstrainerin (Autorin dieser Arbeit) durchgeführt. Direkt im Anschluss an die Veranstaltung erfolgte eine Befragung der Schüler mittels eines dreiseitigen Fragebogens (t-1). Die Schüler wurden zu Beginn der Informationsveranstaltung über die Befragung informiert. Die Befragung erfolgte schriftlich und anonym. Im Anschluss an die Informationsveranstaltung wurden die Fragebögen von der Trainerin und anwesenden Lehrkräften an die Schüler verteilt.

3.3.3 Messinstrument

Der selbst entwickelte Fragebogen, der zur Bewertung der Informationsveranstaltung eingesetzt wurde, umfasst neben Fragen nach Alter und Geschlecht Items zur Akzeptanz der Veranstaltung, zum Rauchverhalten, zum Bedarf an Unterstützung beim Rauchstopp und zu einer eventuellen Kursteilnahme.

3.3.3.1 Aktuelles Rauchverhalten

Das aktuelle Rauchverhalten wurde mit der 30-Tages-Prävalenz Item erfasst (siehe Tabelle 20). Schüler, die als Antwort „überhaupt keine“ ankreuzten, gelten im Folgenden als Nichtraucher. Alle anderen gelten als Raucher.

Tabelle 20: Item aktuelles Rauchverhalten

Items	Antwortformat
Wie viele Zigaretten hast du in den letzten vier Wochen geraucht?	<input type="checkbox"/> überhaupt keine <input type="checkbox"/> weniger als 1 Zigarette in der Woche <input type="checkbox"/> weniger als 1 Zigarette pro Tag <input type="checkbox"/> 1 - 5 Zigaretten pro Tag <input type="checkbox"/> 6 - 10 Zigaretten pro Tag <input type="checkbox"/> 11 - 20 Zigaretten pro Tag <input type="checkbox"/> mehr als 20 Zigaretten pro Tag

3.3.3.2 Unterstützungsbedarf für den Rauchstopp

Der Unterstützungsbedarf allgemein wurde erfasst durch das Item „Ich möchte allgemein Unterstützung beim Rauchausstieg“, das mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten war.

Wurde das Item mit „ja“ beantwortet, schloss sich ein Item an, welches nach der Art der erwünschten Unterstützung fragte. Wurde es mit „nein“ beantwortet, wurde nach den Gründen für den fehlenden Wunsch nach Unterstützung gefragt (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Items Art der Unterstützung und Grund für fehlenden Wunsch nach Unterstützung

Items	Antwortformat
<p>→ wenn ja, welche Art von Unterstützung möchtest du? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> durch Freunde <input type="checkbox"/> Infomaterial (z.B. Bücher, Broschüren, Audio-CDs) <input type="checkbox"/> durch die Familie <input type="checkbox"/> Gruppenausstiegskurs (z.B. „Losgelöst“) <input type="checkbox"/> Internet / Selbsthilfeportal <input type="checkbox"/> Einzelberatung (durch professionelle Berater) <input type="checkbox"/> Telefonberatung
<p>→ wenn nein, warum möchtest du keine Unterstützung? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Weil ich es alleine schaffe, mit dem Rauchen aufzuhören. <input type="checkbox"/> Weil ich nicht mit dem Rauchen aufhören will.

3.3.3.3 Bereitschaft zur Teilnahme am Programm und Gründe für oder gegen Teilnahme

Ob rauchende Jugendliche am Kurs teilnehmen wollten, wurde durch folgendes Item erfasst (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Items Teilnahmebereitschaft am Kurs

Es wurde auch danach gefragt, welche Motive aus Sicht der Jugendlichen für und gegen die Teilnahme am angebotenen Tabakentwöhnungsprogramm sprechen. Dazu wurden mehrere Aussagen vorgegeben. Es waren Mehrfachnennungen möglich (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Items Gründe für oder gegen Teilnahme am Kurs

Items	Antwortformat
Welche Gründe sprechen für dich für die Teilnahme an „Losgelöst“? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Der Kurs klingt spannend. <input type="checkbox"/> Ich schaff's allein nicht. <input type="checkbox"/> Freunde von mir gehen auch hin. <input type="checkbox"/> Andere Gründe:
Welche Gründe sprechen für dich gegen die Teilnahme an „Losgelöst“? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Ich schaff's allein. <input type="checkbox"/> Ich will weiterrauchen. <input type="checkbox"/> Der Kurs klingt uninteressant. <input type="checkbox"/> Der Kurs ist uncool. <input type="checkbox"/> Andere Gründe:

Abschließend wurde mit einem Item erfasst, ob man sich für den Kurs angemeldet hat oder nicht („Ich habe mich für den Kurs angemeldet“ ja/nein).

3.3.4 Rekrutierung der Stichprobe

Die Infoveranstaltungen wurden an Schulen im Münchner Raum zwischen April 2008 und Juni 2008 durchgeführt. Ziel war es, alle drei Schultypen zu berücksichtigen. Es wurde je eine Infoveranstaltung an einer Hauptschule, an einem Gymnasium und an einer Realschule durchgeführt. Die anfallende Stichprobe resultierte aus der Gesamtzahl der Schüler, die an der Infoveranstaltung teilnahmen. Die Infoveranstaltung fand während der Schulzeit verpflichtend jeweils für alle Schülerinnen und Schüler (sowohl Raucher als auch Nichtraucher) der Klassenstufen 7-10 (Gymnasium) bzw. 7-8 (Hauptschule) und 7-9 (Realschule) statt. Insgesamt ergab sich eine Stichprobe von n = 523 Schülern.

3.3.5 Stichprobe

Es ergab sich eine Stichprobe von insgesamt 523 Schülern, die sich aus n = 245 Realschülern (47 %), n = 229 Gymnasiasten (44 %) und n = 49 Hauptschülern (9 %) zusammensetzte. Schüler, die angaben, in den letzten vier Wochen *überhaupt keine Zigarette* geraucht zu haben, werden im Folgenden als Nichtraucher bezeichnet.

In Tabelle 24 ist dargestellt, wie viele Schüler einer Schule an der verpflichtenden Veranstaltung teilnahmen und wie ihre Geschlechts- und Altersverteilung aussieht. Weiterhin wird der Anteil Raucher - Nichtraucher dargestellt und der Anteil aufhörwilliger Raucher. Schließlich wird die absolute Zahl der Kursteilnehmer an dieser Schule berichtet und der prozentuale Anteil der Teilnehmer an den rauchenden Schülern und aufhörwilligen Rauchern bestimmt.

Tabelle 24: Kursteilnehmern an Informationsveranstaltung

Schule	Geschlecht	Alter M (SD)	Anteil Nichtraucher vs. Raucher <i>n = 382 vs. 141</i>	Anteil aufhörr- williger Rau- cher * (nach Infoveran- staltung)	Kurs- Teilnahme (% der Raucher, % der <i>aufhörr- willigen</i> Raucher)
Hauptschule <i>n = 49</i>	65 % männlich	14,0 (0,8) Range 13-16	<i>n = 29/20</i> 59 % vs. 41 %	<i>n = 13</i> 65 %	<i>n = 6</i> 30 % der Raucher 46 % der auf- hörrwilligen Raucher
Realschule <i>n = 245</i>	51 % männlich	13,7 (1,1) Range 11-17	<i>n = 190/55</i> 77 % vs. 23 %	<i>n = 25</i> 45 %	<i>n = 10</i> 18 % der Raucher 40 % der auf- hörrwilligen Raucher
Gymnasium <i>n = 229</i>	55 % männlich	15,1 (1,1) Range 13-18	<i>n = 163/66</i> 71 % vs. 29 %	<i>n = 25</i> 38 %	<i>n = 0</i> 0 % der Raucher 0 % der aufhörr- willigen Raucher

*Diese Anzahl wird aus zwei Items rückgeschlossen. Gezählt wurden rauchende Jugendliche, die Unterstützung beim Rauchstopp wollten, und rauchende Jugendliche, die keine Unterstützung wollten, weil sie es alleine schaffen wollten und nicht, weil sie nicht aufhören wollten.

Es ergab sich eine Raucherstichprobe aus *n = 141* Schüler. Aufgegliedert nach Schulart setzt sich diese Stichprobe aus *n = 66* Gymnasiasten, *n = 20* Hauptschülern und *n = 55* Realschülern zusammen. Die Raucher waren im Durchschnitt 14,8 Jahre alt ($SD = 1,3$; Range 11 - 18) und zu 61 % männlich. Tabelle 25 gibt einen Überblick über das Tabakkonsumverhalten der rauchenden Schüler bezogen auf die letzten vier Wochen.

Tabelle 25: Tabakkonsumverhalten rauchende Teilnehmer Infoveranstaltung

	Schultyp		
	Hauptschule	Realschule	Gymnasium
Geschlecht männlich	70 %	56 %	62 %
Alter	M = 14,2 (SD = 0,7; Range 13-15)	M = 14,2 (SD = 1,2; Range 11-17)	M = 15,5 (SD = 1,1; Range 13-18)
Zigarettenkonsum in den letzten 4 Wochen			
Weniger als 1 Zigarette in der Woche	10 %	24 %	21 %
Weniger als 1 Zigarette pro Tag	10 %	9 %	15 %
1-5 Zigaretten pro Tag	20 %	31 %	12 %
6-10 Zigaretten pro Tag	35 %	27 %	21 %
11-20 Zigaretten pro Tag	15 %	5 %	11 %
Mehr als 20 Zigaretten pro Tag	10 %	4 %	20 %

3.3.6 Statistische Auswertung

Die Beschreibung der Daten erfolgt mit den Methoden der deskriptiven Statistik (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen, Range) und mithilfe graphischer Darstellungen. Zur weiteren inferenzstatistischen Analyse der Daten bezogen auf unterschiedliche Gruppen (Geschlecht, Schultyp) wurden Chi-Quadrat-Tests und univariate Varianzanalysen berechnet.

3.4 Methodik zu den Fragestellungen 3c und 3d

3.4.1 Studiendesign: Gruppendiskussion mit drei Fokusgruppen

„Qualitative Ansätze verdienen es, eine wesentliche Komponente in der Gesundheitsforschung darzustellen, da sie Zugang zu komplexen Gebieten ermöglichen, die mit quantitativer Forschung nicht zugänglich gemacht werden und weil eine qualitative Beschreibung die Voraussetzung für gute quantitative Forschung ist (Pope & Mays, 1995).“

Gruppendiskussionen mit Fokusgruppen als qualitativer Forschungsansatz der empirischen Sozialforschung eignen sich besonders zur umfangreichen Exploration von bislang weitgehend unerforschten Problemen (Lamnek, 1999), wie es das Feld der Raucherentwöhnung bei Jugendlichen darstellt. Eine Stärke von Gruppendiskussionen liegt unter anderem darin, dass alltägliche Sinnstrukturen, kollektive Einstellungen, Vorurteile und Ideologien aufgespürt werden können, die gerade in Einzelinterviews mit Jugendlichen nicht so leicht ermittelt wer-

den können. Jugendliche können in ihrer eigenen Sprache diskutieren. Niemand wird zur Meinungsäußerung gezwungen. Auf diese Weise bietet die Methode der Gruppendiskussion die Möglichkeit, psychische Sperren zu durchbrechen und kann gerade jugendliche Teilnehmer zu Diskussionsbeteiligung und spontanen Beiträgen motivieren, die grundsätzliche, ihren Alltag beschreibende Annahmen offen legen (Balch et al., 2004; Lamnek, 2005; Mayring, 2002). Dies trägt wiederum zur Erhöhung der externen Validität bei (Lamnek, 1999).

Zur Beantwortung der Fragestellungen 3c und 3d wurden qualitative Gruppendiskussionen mit jugendlichen Rauchern durchgeführt und ausgewertet.

3.4.2 Entwicklung des Diskussionsleitfadens

Der Leitfaden dient dazu, die Forschungsfragen zu verfolgen, dem Diskussionsleiter Hilfestellung zu sein, den Diskussionsteilnehmern einen „roten Faden“ zu vermitteln und zugleich ihre Interessen nicht zu unterdrücken“ (Morgan, 1997). Zur besseren Strukturierung der Gruppendiskussionen wurde nach den Richtlinien von Lamnek (2005) ein Diskussionsleitfaden entwickelt (siehe Tabelle 26). Übergreifende Themen für die Diskussion waren:

- Persönliche Erfahrungen mit dem Zigarettenrauchen und Bewertung des eigenen Rauchens.
- Bereitschaft zur Veränderung des eigenen Tabakkonsums und persönliche Erfahrungen mit Verhaltensänderungen.
- Unterstützungsbedürfnisse beim Ausstieg aus dem Tabakkonsum.
- Gestaltung eines für die Zielgruppe ansprechenden Nichtraucherkurses.

Tabelle 26: Diskussionsleitfaden

Eröffnungsfrage (Eisbrecher)

Wird später nicht analysiert, ist nicht von inhaltlichem Interesse. Mit ihrer Formulierung wird nicht beabsichtigt, Antworten bzgl. des Forschungsthemas zu liefern, sondern es geht eher darum, ein Gemeinschaftsgefühl zwischen den Diskussionsteilnehmern zu schaffen, auf dessen Basis dann die Diskussion einen möglichst flüssigen Verlauf nehmen soll. Es werden faktische Infos erfragt:

„Bitte sagt mir euren Vornamen, euer Alter.“

Hinführungsfrage:

Für die spätere Analyse ebenfalls weitgehend belanglos. Dient dazu, die Diskussionsteilnehmer zur eigentlichen Fragestellung hinzuführen, gleichsam die Thematik einzugrenzen:

“Ihr seid zu dieser Diskussion ausgewählt worden, weil ihr raucht bzw. geraucht habt. Bitte sagt kurz seit wann ihr raucht und wie viele Zigaretten ihr durchschnittlich pro Tag raucht bzw. zuletzt geraucht habt.“

Überleitungsfrage:

Zur weiteren Präzisierung des Themas. Sie vertieft die Einleitungsfrage:

„Habt ihr schon mal versucht, aufzuhören? Wie habt ihr versucht aufzuhören?“

Schlüsselfragen:

Sind die eigentlich interessierenden Forschungsfragen. Hier setzt die Analyse an. Der Moderator muss darauf achten, dass er sich die Zeit angemessen einteilt, damit die Schlüsselfragen noch in adäquater Weise zu ihrem Recht kommen:

“Welche Aufhörmethoden kennt ihr?

Habt ihr (vor der Infoveranstaltung an eurer Schule) schon mal von Gruppenentwöhnungsprogrammen gehört?

Wie ist eure Meinung zu Gruppenprogrammen?

- Warum habt ihr daran teilgenommen? Was waren eure Erwartungen vor Kursbeginn/ Hättet ihr daran teilgenommen?
- Wenn ihr nicht daran teilgenommen habt/ hättet: Warum nicht?
- Was denkt ihr, was ist die Meinung von Jugendlichen zu solchen Kursangeboten?
- Wie müsste ein Tabakentwöhnungsprogramm aussehen, damit ihr teilnehmt?/ Was fandet ihr am Programm gut?
- Was dürfte auf keinen Fall darin enthalten sein?/ Was fandet ihr nicht so gut?
- Wo sollte so ein Programm stattfinden?
- Wer sollte es leiten?
- Wann sollte es stattfinden?
- Sollte es etwas kosten? Was haltet ihr von Incentives?

Was wäre euch wichtig im Zusammenhang mit einem Tabakentwöhnungsprogramm? Bzw. Was fandet ihr gut? Gibt es Punkte, wo man noch etwas besser machen könnte?“

Ending questions:

Fragen, die die Diskussion zu ihrem Ende bringen. Wert wird darauf gelegt, dass die Diskussion nochmals zusammengefasst wird, um mögliche Fehlinterpretationen seitens der Forscher vorzubeugen.

→ es gibt drei Arten von Ending Questions:

- Zusammenfassungsfragen
- Rückversicherungsfragen
- Retrospektivfragen

„Die unter euch, die am Programm teilgenommen haben, was würdet ihr anderen bzgl. des Programms sagen?“

„Was denkt ihr abschließend über Tabakentwöhnungsprogramme?“

3.4.3 Rekrutierung der Stichprobe

Die qualitative Methodologie bevorzugt im Allgemeinen und notwendigerweise bewusste Auswahltechniken (theoretical sampling). Aus diesem Grund ist eine statistisch-zufällige Zusammensetzung der Diskussionsgruppen weder erforderlich noch hilfreich (Lamnek, 2005). Von Vorteil ist es gerade bei Jugendlichen, wenn die Gruppe als solche möglichst auch im

Alltag besteht, also eine sog. Realgruppe darstellt, die im Alltag dasselbe Bezugssystem hat (in dem Fall jeweils dieselbe Schule) (Lamnek, 1999; Mayring, 2002). Grundsätzlich gilt, je homogener die Population, desto weniger Gruppendiskussionen werden für eine adäquate Beantwortung der Forschungsfrage erforderlich sein (Lamnek, 2005).

In der Literatur wird für die Durchführung einer Gruppendiskussion eine Gruppengröße von 5-10 Diskutanten empfohlen (Mangold, 1973; Mayring, 2002).

Die anfallende Stichprobe resultierte aus Schülern je einer Haupt- und Realschule, an denen im Vorfeld je ein Tabakentwöhnungskurs durchgeführt worden war und aus Schülern einer weiteren Realschule. Voraussetzung für die Teilnahme an der Diskussion war, dass die Jugendlichen mindestens einmal pro Woche rauchten bzw. vor der Kursteilnahme so viel geraucht hatten. Die Teilnahme an der Gruppendiskussion war freiwillig und wurde mit je einem Mediengutschein à 15 Euro vergütet. Insgesamt wurden 3 Fokusgruppen durchgeführt, an denen insgesamt 27 Schüler teilnahmen.

3.4.4 Stichprobe

Der Altersdurchschnitt und die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten wurden mit einem standardisierten Kurzfragebogen erhoben. Die Teilnehmer waren im Durchschnitt 14 Jahre alt (Range 14 - 17). Es wurden im Durchschnitt 8,2 Zigaretten pro Tag geraucht ($SD = 7,4$; Range 0 - 20). Einige der Diskussionsteilnehmer ($n = 9$) hatten im Vorfeld am Tabakentwöhnungsprogramm teilgenommen und waren im Rahmen des Kurses rauchfrei geworden bzw. hatten ihren Zigarettenkonsum reduziert. Dadurch reduzierte sich die Anzahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten in der vorliegenden Diskussionsgruppe.

3.4.5 Durchführung der Gruppendiskussionen

Die Gruppendiskussionen fanden außerhalb der Unterrichtszeit auf dem Schulgelände statt.

Im Vorfeld der Gruppendiskussion wurden die Teilnehmer über den Hintergrund der Untersuchung informiert. Zu Beginn der Diskussion wurden das Geschlecht, Alter und die aktuelle tägliche Zigarettenkonsummenge mittels eines standardisierten Fragebogens abgefragt. Eine Diplom-Psychologin, die ehemalige Kursleiterin, leitete die Gruppendiskussionen. Neben der Diskussionsleiterin (Autorin dieser Arbeit) waren eine zweite Diplom-Psychologin bzw. eine Diplom-Sozialpädagogin als stille Beobachterinnen bei allen Gruppendiskussionen anwesend. Die Aufgabe des stillen Beobachters besteht darin, die Gruppendynamik, auffällige Mimik bzw. Gestik der Teilnehmer und sonstige Besonderheiten der Diskussion festzuhalten und im

Anschluss an die Diskussion niederzuschreiben (Lamnek, 2005; Mayring, 2002). Die Gruppendiskussionen dauerten zwischen 30 und 60 Minuten.

3.4.6 Auswertung der Daten

Die drei Gruppendiskussionen wurden jeweils auf Video aufgezeichnet und nach den Regeln der Transkription verschriftlicht (Lamnek, 2005). Durch wörtliche Transkription wurde eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche Auswertung bietet. Zusätzlich wurde bei jeder der drei Diskussionen direkt im Anschluss ein Gedächtnisprotokoll durch die Diskussionsleiterin und die Beisitzerin erstellt.

Die Auswertung erfolgte nach inhaltlich-thematischen Gesichtspunkten mittels der deskriptiv-reduktiven Inhaltsanalyse (Lamnek, 2005). Diese sogenannte „Cut-and-Paste-Technique“ (die Arbeit mit Schere und Klebstoff bzw. mit dem Computer) bietet sich zur Analyse der vorliegenden drei Gruppendiskussionen an, da nicht die gruppen-dynamische Entwicklung im Vordergrund stand, sondern die inhaltlichen Aussagen der Fokusgruppen (Lamnek, 2005). Bei dieser Analysestrategie werden die transkribierten Diskussionsbeiträge nach Textstellen untersucht, die für die Fragestellungen relevant sind: Auf Basis der Fragestellungen wird ein Kategoriensystem gebildet und das Textmaterial den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Im nächsten Schritt werden die drei Gruppendiskussionen auf übereinstimmende bzw. divergierende Muster untersucht. Als dazu verwendete Textpassagen dienen sowohl Wörter, Sätze, Phrasen als auch inhaltlich zusammenhängende Dialoge. Diese Muster und Typen werden anschließend durch entsprechende Zitatstellen dokumentiert.

Zur Überprüfung der Richtigkeit der Ergebnisse werden die Aufzeichnungen, die jeweils direkt im Anschluss an die einzelnen Gruppendiskussionen erstellt wurden, berücksichtigt und der in allen Diskussionen anwesende stille Beobachter beratend herangezogen. Zusätzlich können einzelne Passagen der Videoaufnahmen noch einmal analysiert werden.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse zu Fragestellung 1

In der vorliegenden Arbeit werden im Zusammenhang mit der Darstellung des neu entwickelten Ausstiegspfades zunächst die Ziele, Rahmenbedingungen, Rekrutierungs- und Haltestrategien dargestellt. Anschließend erfolgt eine Beschreibung der einzelnen Programminhalte.

Eine Arbeitsversion des Manuals findet sich im Anhang.

4.1.1 Ziele des Programms

Zunächst besteht das Ziel darin, Jugendliche für das Programm zu gewinnen und sie für eine kontinuierliche Teilnahme zu begeistern, bevor es in einem zweiten Schritt um die Veränderung des Rauchverhaltens und das langfristige Ziel einer überdauernden Abstinenz geht.

Tabakbezogene Ziele des Programms sind:

- dauerhafte Abstinenz
- kurzfristige Abstinenz
- Punkt abstinenz (der Jugendliche ist in der Lage, in bestimmten Situationen nicht mehr zu rauchen; z. B. er raucht nur noch abends beim Weggehen)
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung und Änderungsmotivation
- Aneignung von Aufhörfertigkeiten für zukünftige Versuche

Präventiv gesundheitsfördernde Ziele des Programms sind:

- Steigerung der Lebenskompetenzen (Kommunikation, Selbstbehauptung, Selbstsicherheit, Gefühlswahrnehmung)
- Kurs als ‚door-opener‘, um den Kontakt zu problematischen Jugendlichen herzustellen und weiterführende Hilfsmaßnahmen anzubieten

4.1.2 Rahmenbedingungen

Neben der inhaltlichen Ausrichtung von Tabakentwöhnungsprogrammen für Jugendliche stellen die Rahmenbedingungen einen entscheidenden Faktor dar, um die Zielgruppe altersgerecht nachhaltig zu erreichen (Fiore et al., 2008). Bislang gibt es keine Richtlinien zur Umsetzung von Tabakentwöhnungsprogrammen für Jugendliche (Chassin et al., 1984; Wickinoff et al., 2003). Zur Erarbeitung der vorliegenden Rahmenbedingungen wurden eine ausführliche Literaturanalyse betrieben und die Erfahrungen von Programmentwicklern mitberücksichtigt.

Zielgruppe Teilnehmer

Das Programm ist für 14 bis 17-jährige jugendliche Raucher und Raucherinnen konzipiert, die mindestens einmal wöchentlich rauchen und dazu bereit sind, sich im Rahmen des Programms auf einen Rauchstopp einzulassen. Das Programm möchte explizit Jugendliche aus Haupt- und Realschulen ansprechen, da dort aufgrund der hohen Rauchprävalenzen besonderer Bedarf an Ausstiegshilfen besteht. Dies schließt eine Anwendung an Gymnasien jedoch nicht aus.

Bei der Konzeption eines Ausstiegsprogramms für Jugendliche besteht hinsichtlich der Zusammensetzung der Teilnehmergruppe grundsätzlich die Möglichkeit, Kurse gemeinsam für Mädchen *und* Jungen zu entwickeln oder geschlechtshomogene Gruppen durchzuführen. Für eine geschlechtshomogene Gruppenzusammensetzung sprechen wissenschaftliche Ergebnisse, die zeigen konnten, dass Jungen und Mädchen sich hinsichtlich ihrer Rauchmotive unterscheiden. So rauchen Mädchen deutlich häufiger bei negativen Gefühlszuständen sowie zur Gewichtsregulation. Um Rekrutierungsprobleme zu vermindern, wird das vorliegende Programm für gemischte Gruppen aus Mädchen und Jungen angeboten. Im Rahmen des individualisierten Vorgehens wird geschlechtsspezifischen Bedürfnissen Rechnung getragen.

Gruppengröße

Die ideale Gruppengröße liegt bei 6 bis 8 Teilnehmern. Bei dieser Gruppengröße können die geplanten Treffen von 90 Minuten in der Regel eingehalten werden. Da aber in den Treffen auf die Teilnehmer auch individuell eingegangen wird, muss beachtet werden, dass bei größeren Gruppen mehr als die vorgesehene Zeit beansprucht werden kann. Ab dem achten Teilnehmer ist ein zeitlicher Puffer von 10 bis 20 Minuten einzuplanen. Die Mindestanzahl der Teilnehmer sollte vier Personen nicht unterschreiten, um zu gewährleisten, dass die Teilnehmer von dem Gruppenprozess der gegenseitigen Unterstützung und dem Modell anderer Teilnehmer profitieren können.

Zeitliche Struktur

Im Zusammenhang mit der Gestaltung von Tabakentwöhnungsprogrammen für Jugendliche hat sich hinsichtlich des Kursumfangs eine Mindestzahl von fünf Treffen als Voraussetzung für einen Programm-Effekt erwiesen. Kürzere Programme zeigten keinen Effekt (Sussman et al., 2006). Das vorliegende Programm umfasst daher sechs Treffen mit dem Trainer, wovon fünf als Gruppen- und eines als Einzeltreffen vorgesehen sind. Wichtig ist, besonders ab dem Quit-Day, eine engmaschige Betreuung der Teilnehmer. Daher ist es wichtig, dass jeweils zwei Treffen pro Woche stattfinden. Die Nachbetreuung ist eine effektive Strategie zur Verbesserung der langfristigen Abstinenzquoten bei Erwachsenenprogrammen (Fiore et al., 2008; Kröger & Lohmann, 2007). Nach Kursende erfolgt eine Nachbetreuung durch den Trainer durch die Versendung von drei SMS sowie einen Anruf. Der zeitliche Ablauf des gesamten Kursprogramms wird aus Tabelle 27 ersichtlich.

Tabelle 27: Zeitlicher Ablauf des Kurses

Tag Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	Info-veranstaltung			Infotreffen für interessierte Schüler			
2		1. Treffen		2. Treffen			
3		3. Treffen	Rauchstopp sms	4. Treffen	sms	sms	sms
4	sms	5. Treffen (Einzel)	sms	6. Treffen			
5		sms	Anruf				
6		sms					
7							
8		sms					

Das Setting

An welchem Ort sollen Ausstiegsprogramme stattfinden? Diese Frage wird derzeit kontrovers diskutiert. Für die Schule als Durchführungsort spricht die gute Erreichbarkeit der Jugendlichen (Mermelstein, 2003; Sussman et al., 2009; Sussman et al., 2006). Erfahrungen von Anbietern im Setting Schule (meist Lehrer) verweisen auf die bessere Rekrutierung und höhere Haltequoten. Das Programm kann beispielsweise in den Unterrichtsablauf eingebaut oder direkt nach Schulende erfolgen. Damit einher geht ein geringer Aufwand für die Schüler einen weiteren Ort aufzusuchen. Darüber hinaus ergab die Meta-Analyse von Sussman et al. für schulbasierte Entwöhnungsprogramme signifikant bessere Ergebnisse als für nichtschulbasierte Programme (Sussman et al., 2006; Sussman & Sun, 2009).

Ein problematischer Aspekt des Schulsettings besteht in dem zusätzlichen organisatorischen Aufwand, den die Implementierung dieses Programms für die Schule mit sich bringt. Das Zustandekommen solcher Kurse hängt vom Engagement der jeweiligen Schule ab. Sie muss entweder Lehrer bereitstellen, die das Training anbieten oder eine Kooperation zu einem Trainer vor Ort aufbauen. Sie muss geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stellen und sich entscheiden, wann der Kurs stattfinden soll. Im Rahmen der Durchführung eines schulbasierten Tabakentwöhnungskurses muss im Vorfeld festgelegt werden, ob der Kurs während der Unterrichtszeit oder nach Schulschluss angeboten wird. Die Durchführung des Programms innerhalb der regulären Unterrichtszeit steht in Zusammenhang mit höheren Teilnahmequoten (Turner et al., 2003). Eine Einbindung derartiger Maßnahmen in den regulären Unterricht geht einher mit der Besserstellung von Rauchern im Vergleich zu Nichtrauchern. Findet das

Angebot außerhalb des Unterrichts statt, sind Jugendliche aufgrund des zusätzlichen Zeitaufwands vermutlich weniger motiviert, daran teilzunehmen. Darüber hinaus findet sich bei Jugendlichen häufig eine „Anti-Haltung“ gegen schulische Aktionen jeglicher Art, die eher gegen eine enge Verknüpfung des Programms mit dem Schulsetting spricht.

Mögliche alternative Settings, die sich bislang bewährt haben, stellen Gesundheitsämter, Jugendzentren oder Drogenberatungsstellen dar. Dabei ist meist eine Vernetzung von Schulen und Anbietern Grundvoraussetzung für das Zustandekommen solcher Kurse.

Da es bislang keine Richtlinien gibt, die für oder gegen ein bestimmtes Setting sprechen, kann das vorliegende Programm in den unterschiedlichen Settings durchgeführt werden, sofern die folgenden Voraussetzungen gegeben sind:

Voraussetzungen an das Setting

Die subjektiven Erfahrungen bisheriger Anbieter haben ergeben, dass die Akzeptanz, Durchführbarkeit und Effektivität von Ausstiegspogrammen für Jugendliche stark von den strukturellen Rahmenbedingungen der jeweiligen Institution (Schule, Internat, Jugendeinrichtungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Firmen) abhängen, in der das Programm stattfindet. Mit strukturellen Rahmenbedingungen ist die institutionsbezogene Tabakkontrollpolitik gemeint. Darunter werden folgende Bereiche subsummiert:

- Das Bestehen und konsistente Kommunizieren von Rauchverboten
- Sanktionierung bei Nichteinhaltung von Regelverstößen
- Fortbildungsmöglichkeiten für Vorgesetzte im Umgang mit jugendlichen Rauchern
- Entwöhnungsangebote für rauchende Vorgesetzte

Die Durchführung eines Ausstiegskurses für Jugendliche macht wenig Sinn unter strukturell ungünstigen Rahmenbedingungen (keine/ geringe Unterstützung durch die Schulleitung und die Lehrer). Daher wird empfohlen, vor Beginn eines Programms bestimmte Rahmenbedingungen als Grundvoraussetzung für die Durchführung eines Ausstiegspogramms von der Institution einzufordern:

- ein absolutes Rauchverbot in Gebäuden,
- ein Rauchverbot von Vorgesetzten in Gegenwart der Jugendlichen,
- die kontinuierliche Sanktionierung von Regelverstößen durch Vorgesetzte,
- die Thematisierung des Rauchverhaltens auch außerhalb des Ausstiegspogramms
- Abschaffung der Belohnungssituationen für Raucher

Zielgruppe Trainer

Es wird kontrovers diskutiert, wer für die Durchführung von Ausstiegsprogrammen zuständig sein sollte. Sollen es Lehrer sein oder Fachkräfte aus der medizinischen Grundversorgung und sozialen Arbeit? Jugendliche sind aufgrund der Vielzahl an körperlichen und kognitiven Veränderungen instabiler und dadurch verletzlicher. Intensive Gefühle von tiefer Scham, Traurigkeit, von Trotz über Wut bis Aggression treten regelmäßig in Gruppen mit Jugendlichen auf. Ein Austesten von Grenzen, verletzende Kritik mit verringertem Empathievermögen, aber auch das Überhöhen und „Anhimmeln“ von Trainern stellen hohe Anforderungen an die Trainer. Bislang gibt es keine Untersuchungen dazu, welche Personengruppen Tabakentwöhnung speziell für jugendliche Raucher durchführen sollten beziehungsweise dafür besonders geeignet sind (Kröger, 2004; McDonald et al., 2003). Kurse werden sowohl von Fachpersonen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit sowie der medizinischen Grundversorgung oder von Lehrkräften angeboten. Von der Kursleitung durch Gleichaltrige sollte abgesehen werden (Kröger, 2004; Kröger & Piontek, 2005). Wird das Programm von einem außerhalb der Institution angesiedelten Experten durchgeführt, ist eine Vernetzung und Einbindung durch intensive Kommunikation dieser Person mit der Institution und deren Mitarbeitern im Vorfeld unabdingbar.

Grundvoraussetzungen, um das Programm durchzuführen, sind:

- Motivation, Jugendliche zu unterstützen, ihr Rauchverhalten zu verändern
- Nichtraucher oder Ex-Raucher
- Erfahrungen im Umgang mit Jugendlichen
- Beliebtheit bei und Akzeptanz durch Jugendliche

Empfehlenswert ist eine Fortbildung für die Trainer, in welcher sowohl die Inhalte als auch das spezifische Trainerverhalten (motivierende Gesprächsführung, aktives Zuhören, Wertschätzung, Empathie, Transparenz, die Vorgabe klarer Rahmenbedingungen, Motivierungsstrategien, etc.) geschult werden.

Materialien

Jugendliche sind konsumorientiert. Durch die Konfrontation Jugendlicher mit Tabakwerbung wird den Jugendlichen die Zigarette als ein hilfreiches und außerordentlich attraktives Produkt zur Selbstdarstellung suggeriert, das Wohlbefinden und Spaß verspricht. Das vorliegende Ausstiegsprogramm zielt folglich darauf ab, der suggerierten Freude am Rauchen die Freude und den Gewinn an der Rauchfreiheit entgegen zu setzen. Das Programm soll als attraktives Produkt beworben werden, das gut aussieht, Jugendliche emotional anspricht und Spaß macht. Jugendliche verbleiben in Programmen, die ihnen Spaß machen (Sussman et al.,

2009; Sussman et al., 2002). Daher wird bei der Gestaltung der Materialien auf ein jugendspezifisches Aussehen geachtet. Eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der von Jugendlichen wahrgenommenen Attraktivität von Programmen spielt auch der Einsatz von Multimedia (Flay, 1981; Sussman et al., 2009).

- **Für Jugendliche:** Teilnehmermappe, Arbeitsblätter und kleine Incentives
- **Für Trainer:** das vorliegende Trainerhandbuch sowie eine CD-ROM, die attraktiv gestaltete Folien zur Veranschaulichung der Kursinhalte und zu einzelnen Elementen vorgesehene Songs enthält.

Kosten/Bezahlung

Es gibt verschiedene Modelle mit und ohne Kostenbeteiligung. Angesichts der ohnehin mangelnden Bereitschaft zur Teilnahme an einem Entwöhnungsprogramm kann eine unentgeltliche Programmdurchführung die Jugendlichen zu einer Teilnahme noch eher motivieren. In einer Studie von Hines (1996) sank die Bereitschaft Jugendlicher zur Teilnahme an einem Tabakentwöhnungskurs mit der Forderung einer Kursgebühr. Eine Kursgebühr von 15 US-Dollar reduzierte die Wahrscheinlichkeit der Kursteilnahme um 20 %, bei einer Kursgebühr von 25 US-Dollar fiel die Teilnahmebereitschaft unter 20 %. Jugendliche unterschätzen demnach den Nutzen eines Entwöhnungsprogramms und nehmen Kursgebühren als signifikantes Teilnahmehindernis wahr.

Erreichung der Zielgruppe

Schwierigkeiten und Möglichkeiten der Rekrutierung

Es besteht eine hohe Diskrepanz bei Jugendlichen zwischen der Veränderungsmotivation des Rauchverhaltens und der Motivation Hilfe in Anspruch zu nehmen (McCormick et al., 1999; Sussman et al., 2009).

Die Rekrutierung von Teilnehmern stellt eine große Herausforderung dar (Backinger et al., 2003; Kealy et al., 2007; Kröger & Lohmann, 2007; McDonald, 1999; Mermelstein et al., 2002; Milton et al., 2003; Robinson et al., 2003). Rekrutierungskonzepte wurden bislang nur unzureichend untersucht (Balch et al., 2003). Die Überarbeitung und Anwendung von geeigneten Rekrutierungsstrategien und Zugangswegen ist daher dringend indiziert, um mehr Jugendliche zu erreichen (DeVries et al., 2007; Kröger, 2004). Bei der Rekrutierung müssen die Wahrnehmung und das Image von Tabakentwöhnungsprogrammen verändert werden (Hines, 1996). Es müssen *gleichzeitig* mehrere Strategien Anwendung finden, um die Jugendlichen zu erreichen. Die folgenden Strategien werden von Anbietern empfohlen, um Jugendliche für eine Teilnahme zu gewinnen:

- 1) Spannende Informationsveranstaltung: Die jeweilige Institution (z. B. die Schule) sollte eine für alle Jugendlichen eines bestimmten Alters (z. B. 14-17 Jahre; Klassen 8 bis 10) verpflichtende Informationsveranstaltung einrichten. Ziel dieser Veranstaltung ist es einerseits, die Nichtraucher in ihrem Status zu bestärken und andererseits Raucher zu einer Teilnahme an dem Programm zu motivieren. Die Veranstaltung sollte vom Trainer selbst durchgeführt werden (Sussman & Sun, 2009). Somit stellt sich der Trainer persönlich vor und die Jugendlichen können sich ein Bild von ihm machen. Wichtig sind hierbei die spezifischen Trainerkompetenzen. Er sollte als Experte mit klaren Zielen auftreten und gleichzeitig sympathisch, verständnisvoll und wertschätzend sein. Das Herstellen eines persönlichen Drahts durch partiellen Einbezug der Jugendlichen ist sinnvoll. Die Inhalte sollten einerseits objektive, spannende, weniger bekannte Informationen hinsichtlich des Rauchens (Anzahl der Raucher, Werbestrategien der Tabakindustrie, Aufhörmotivation Jugendlicher, Suchtpotential, Wasserpfeife rauchen, etc.) geben, andererseits über das Ausstiegsprogramm inhaltlich und strukturell transparent informieren. Die Inhalte sollten Neugierde erzeugen und mögliche Versagensängste vorwegnehmen. Der Vortrag kann didaktisch aufgelockert werden durch Quizfragen an die Schüler. Das Manual liefert einen Vorschlag für eine Informationsveranstaltung.
- 2) Das erste Treffen sollte noch in der gleichen Woche stattfinden, um die geschaffene Motivation nicht verpuffen zu lassen. Dadurch wird ein Motivationspeak durch eine enge zeitliche Kopplung von Informationsveranstaltung und Kursbeginn ausgenutzt.
- 3) Die Lehrkräfte der Schule, an der das Programm angeboten wird, sollten über die Inhalte und die zeitlichen Rahmenbedingungen informiert sein. Sie sollen Raucher im Alltag auf ihr Rauchverhalten ansprechen und auf den Ausstiegskurs aufmerksam machen.
- 4) Wenn der Trainer die Jugendlichen im Alltag trifft, sollte er Rauchern die Einladung aussprechen, in den Kurs zu kommen (Sussman & Sun, 2009).
- 5) In manchen Institutionen herrscht ein „peer to peer“ Konzept im Rahmen der Suchtprävention vor. Ältere, spezifisch geschulte Jugendliche übernehmen dabei Modellfunktion für jüngere. Dieses Konzept basiert auf dem Hintergrund, dass Jugendliche Ratschläge von Jugendlichen besser akzeptieren. Diese Peers können über die persönliche Ansprache von Rauchern ebenfalls bei der Rekrutierung unterstützen.

6) Das Programm kann über Werbematerialien wie Poster, Postkarten und Flyer beworben werden (Sussman & Sun, 2009; Sussman et al., 2001). Diese Strategie alleine führt aus Erfahrungsberichten zu urteilen nicht zum Erfolg, kann aber als flankierende Maßnahme zu persönlichen Kontakten sinnvoll sein. Bei diesen Materialien ist auf ein „cooles“ Layout zu achten und eine Botschaft, die mit einer Imagesteigerung des Nichtraucherkurses einhergeht.

Im Anschluss an Rekrutierungsmaßnahmen sollte zusätzlich noch einmal an das Angebot des Nichtraucherkurses erinnert werden mittels ausgehängter Infozettel in der Schule. Es bietet sich an, ein weiteres Infotreffen für am Kurs interessierte Schüler während der Schulzeit in einer Pause in einem Raum zu veranstalten und dieses Treffen per Aushang und Durchsage noch einmal anzukündigen. Auf diese Weise werden interessierte Schüler mehrmals angeprochen und können die Hemmschwelle zur Teilnahme am Kurs leichter überwinden, als wenn nur eine einzige Gelegenheit zur Teilnahme am Kurs gegeben würde.

7) Vergabe von Incentives wie Geld, Kinokarten oder Freistunden in der Schule hat sich als (zusätzliche) Rekrutierungsstrategie bewährt (Sussman & Sun, 2009).

Haltequote

Ähnlich wie bei den Rekrutierungszahlen, liegen auch die Haltequoten bei Tabakentwöhnungsprogrammen für Jugendliche im unteren Bereich (McCormick et al., 1999). In zwei Studien ergab sich eine Haltequote von ungefähr 50% (Sussman et al., 2001; Sussman et al., 1999). Für den Erfolg von Tabakentwöhnungsprogrammen für Jugendliche ist es daher wichtig, die Voraussetzungen einer hohen Haltequote zu untersuchen. Die zeitliche Planung besonders schulbasierter Kurse stellt in diesem Zusammenhang einen relevanten Faktor dar (Turner et al., 2004). So werden die ersten zwei Sitzungen des vorliegenden Tabakentwöhnungskurses innerhalb einer Woche abgehalten, um die Haltequote möglichst hoch zu halten. Die Integration von Incentives wie z.B. Snacks, Gutscheinen o.ä. bei regelmäßiger Kursteilnahme hat sich als Möglichkeit erwiesen, die Haltequoten zu verbessern (Robinson et al., 2003; Sussman et al., 2001; Sussman & Sun, 2009; Turner et al., 2004). Diese Intervention soll dazu beitragen, die Motivation und Bereitschaft der Jugendlichen zum Ausstieg aus dem Zigarettenkonsum zu erhöhen und u.a. eine Nichtraucheridentität zu entwickeln. Vergabe von Incentives kann jedoch nur zur Stabilisierung der Haltequote beitragen, die eigentliche Verhaltensänderung erfolgt durch gute, jugendspezifische Kursinhalte (Curry et al., 1997).

Nachbetreuung

Im Anschluss an die letzte Kursstunde erfolgt eine Nachbetreuung der Kursteilnehmer durch den Trainer über 4 Wochen. Die Nachbetreuung im Anschluss an den Kurs zur Stabilisierung der Abstinenz hat sich im Bereich der Tabakentwöhnung bei Erwachsenen bewährt (Kröger & Lohmann, 2007). Bezogen auf die jugendliche Zielgruppe sollen die Jugendlichen durch die engmaschige Nachbetreuung in ihrer Selbstkompetenz bestärkt und das Durchhaltevermögen hinsichtlich des Rauchstopps gesteigert bzw. aufrechterhalten werden.

4.1.3 Programm

Das Tabakentwöhnungsprogramm „Losgelöst“ besteht aus sechs 60- bzw. 90-minütigen Treffen. Das Programm basiert auf einem ausformulierten, strukturierten Trainermanual, einem Foliensatz und Teilnehmer-Unterlagen.

4.1.3.1 Die einzelnen Treffen

Tabelle 28: Übersicht über die Treffen

Treffen	Inhalte
Welcome – Das erste Treffen	<ul style="list-style-type: none">• Argumente für das Rauchen und das rauchfreie Leben• Talkshow (Vorstellung)• Vertrag der Verschwiegenheit• Check it! – Der Test• Gefühlsedukation• Deine Aufgabe
Überlebensstrategien – Das zweite Treffen	<ul style="list-style-type: none">• Besprechung der Aufgabe: Risikosituationen• Bewältigungsstrategien• Identifikation spezieller Risikofelder – Themen Alkohol, Wasserpfeife, Gewicht, Entzugserscheinungen• Deine Aufgabe
Bist du dabei? – Das dritte Treffen	<ul style="list-style-type: none">• Besprechung der Aufgabe• Motivationsübung: Bist du dabei?• Konfrontationsübung: Nein sagen• Drehbuch des ersten rauchfreien Tages• Deine Aufgabe

Ihr seid Helden! – Das vierte Treffen	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechung des Quit-Day und der Aufgabe • Belohnung – Geld verdienen mit Nichtrauchen • Motivationsübung: Bleibst du dabei? • Rückfallprävention
Einzelgespräche – Das fünfte Treffen	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Veränderung(-sbereitschaft) • Beratung aufgrund weiterer Probleme
In Sachen Zukunft – Das sechste Treffen	<ul style="list-style-type: none"> • Blitzlicht – wie läuft's mit dem Nichtrauchen? • Übung zur Nichtraucher-Identität – Meine Reichtümer • Zukunftsplanung – Unterstützung in Zukunft • Der Eigenlobstinkt-Stuhl • Postkarte – Greetings from...myself • Überreichung der Oskars

Im Folgenden werden die sechs Treffen im Einzelnen strukturiert nach Elementen, Zielen, Methoden, Material und Dauer jeweils kurz skizziert.

Welcome – das erste Treffen

Ziel des ersten Treffens ist es, die Teilnehmer (TN) für den Kurs zu begeistern, eventuell vorhandene Angst und Unsicherheit abzubauen und sie dazu zu motivieren, zum zweiten Treffen wieder zu kommen.

Tabelle 29: Welcome – das erste Treffen

Element / Ziele	Methode	Material	Dauer
1.0 Begrüßung			
<ul style="list-style-type: none"> • TN fühlen sich willkommen • TN fühlen sich ernst genommen • TN erhalten einen Überblick über das Kursprogramm • TN haben das Ziel verstanden • TN sind neugierig und motiviert zur aktiven Teilnahme • TN lernen den Trainer kennen 	Plenum	<ul style="list-style-type: none"> • Folie F 1.1: Programmstruktur/Termine • Blatt B 1.1: Programmstruktur/Termine 	10 min.
1.1 Argumente für das Rauchen und das rauchfreie Leben	Plenum Vortrag Gruppenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Flipchart • Stifte 	15 min.
1.2 Talkshow (Vorstellung)	Plenum Vortrag	<ul style="list-style-type: none"> • Flipchart • Stifte • Blatt B 1.2: 	15 min.

	Klein- gruppen- arbeit Gruppen- arbeit	Steckbriefformular <ul style="list-style-type: none"> • Song 1.1: Talkshow-Musik • Folie F 1.2: Mustertext für Talkshow-Vorstellung • Namensschilder 	
1.3 Vertrag der Verschwiegenheit	<ul style="list-style-type: none"> • TN sind über verbindliche Gruppenregeln informiert • TN sind bereit zur Schweigepflicht • TN fühlen sich im Kurs sicher 	Plenum Vortrag	<ul style="list-style-type: none"> • Flipchartblatt • Stifte • Blatt 10 min.
1.4 Check it!	<ul style="list-style-type: none"> • TN reflektieren ihr Rauchverhalten • TN entwickeln eine Veränderungsmotivation 	Vortrag Stillarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Folie F 1.3: Check it • Blatt B 1.3: Check it • Folie F 1.4: Auflösung zum Test 15 min.
1.5a Gefühlsedukation	<ul style="list-style-type: none"> • TN sind sensibilisiert für ihre Gefühslagen 	Vortrag Plenum Gruppen- arbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Folie F 1.5: Let's talk about... • Folie F 1.6: Bilder zu Gefühlen • Blatt B 1.4: Gefühlsinfos 10 min.
1.5b Deine Aufgabe	<ul style="list-style-type: none"> • TN registrieren ihren situationsspezifischen Zigarettenkonsum im Alltag 	Plenum	<ul style="list-style-type: none"> • Blatt B 1.5: Analysekarte • Folie F 1.7: Analysekarte 10 min.
1.6 Verabschiedung	<ul style="list-style-type: none"> • TN gehen motiviert und gespannt aus dem ersten Treffen 	Plenum	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmermappen 5 min.

Überlebensstrategien – das zweite Treffen

Ziel des zweiten Treffens ist es, eine Motivation zur Veränderung des Rauchverhaltens einzuleiten.

Tabelle 30: Überlebensstrategien – das zweite Treffen

Element / Ziele	Methode	Material	Dauer
2.0 Begrüßung			
<ul style="list-style-type: none"> • TN kommen zur Ruhe • TN kennen den Ablauf des Treffens • TN sind gespannt 	Plenum	<ul style="list-style-type: none"> • Liste mit Handynummern 5 min.	
2.1 Besprechung der Aufgabe: Risikosituationen			
<ul style="list-style-type: none"> • TN nehmen im Zusammenhang mit dem Protokollieren auftretende Gefühle wahr • TN fühlen sich ernst genommen und wichtig bezüglich ihrer Erfahrungen • TN analysieren ihr Rauchverhalten • TN kennen ihre typischen Situationen 	Plenum Gruppen- arbeit Stillarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Flipchart • Stifte • Blatt B 2.1: meine 3 gefährlichsten Situationen 30 min.	

2.2 Bewältigungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • TN kennen ihre Risikosituationen • TN kennen Alternativen zum Rauchen in schwierigen Situationen 	Plenum Klein- gruppe Stillarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Flipchart • Stifte • Song 2.1 • Hauptpreis • Trostpreis • Folie F 2.1: Activity List • Blatt B 2.2: Activity List • Blatt B 2.1: meine 3 gefährlichsten Situationen 	20 min.
2.3 Identifikation spezieller Risikofelder – Themen Alkohol, Wasserpfeife, Gewicht und Entzugserscheinungen	<ul style="list-style-type: none"> • TN sind über die besprochenen Risikofelder informiert und können Gefahren besser vorhersehen und vorbeugen 	Plenum Gruppen- diskussion Vortrag	<ul style="list-style-type: none"> • Folie F 2.2 a-d: Risikofelder • B 2.3: Alkohol und Rauchen • Blatt B 2.4: Wasserpfeife • Blatt B 2.5: Gewicht • Blatt B 2.6: Entzugserscheinungen 	20 min.
2.4 Deine Aufgabe	<ul style="list-style-type: none"> • TN stellen in ihrer Freizeit Utensilien für ihr persönliches Überlebenspackage zusammen 	Plenum	<ul style="list-style-type: none"> • Überlebenspackagebeutel • Folie F 2.3: Einkaufsliste Überlebenspackage • Blatt B 2.7: Einkaufsliste Überlebenspackage 	5 min.
2.5 Bestärkung – Du schaffst es	<ul style="list-style-type: none"> • TN sind motiviert zum Rauchstopp • TN fühlen sich durch die Gruppe bestärkt 	Plenum	<ul style="list-style-type: none"> • Song 2.2 	5 min.
2.6 Verabschiedung	<ul style="list-style-type: none"> • Die TN verlassen das Treffen mit einem guten Gefühl aus der ersten Stunde 	Plenum		5 min.

Bist du dabei – das dritte Treffen

In der dritten Stunde steht der Stopptag im Mittelpunkt. Die einzelnen Übungsmodule des 3. Treffens dienen dazu, die Motivation und die Selbstwirksamkeit der Teilnehmer in Bezug auf den Stopptag zu stärken und den persönlichen Ablauf des ersten rauchfreien Tages zu besprechen.

Tabelle 31: Bist du dabei – das dritte Treffen

Element / Ziele	Methode	Material	Dauer
3.0 Begrüßung			
• TN sind motiviert und gespannt	Plenum		5 min.
3.1 Besprechung der Aufgabe			
• TN zeigen und erläutern den Inhalt ihres Überlebenspackages • TN fühlen sich durch positives Feedback bestärkt darin, ihr Überlebenspackage anzuwenden • TN erhalten weitere Ideen für Inhalte ihres Überlebenspackages	Plenum Gruppen- diskussion		15 min.
3.2 Motivationsübung: Bist du dabei?			
• TN sind motiviert für den Quit-Day	Gruppen- arbeit	• Song 3.1	10 min.
3.3 Bearbeitung des Themas Familie und Freunde – Family and Friends			
• TN setzen sich mit ihrem sozialen Umfeld auseinander bezüglich der Frage wer sie in ihrem unterstützen könnte	Plenum Gruppen- diskussion Vortrag Stillarbeit	• Zigarettenschachtel • Blatt B 3.1: Meine Welt • Folie F 3.1: Meine Welt	10 min.
3.4 Konfrontationsübung: Nein sagen			
• TN erhalten Infos zum Thema „Nein sagen“ • TN üben, gegenüber Freunden beziehungsweise Familienmitgliedern und vor sich selbst „nein“ zur Zigarette zu sagen	Vortrag Konfron- tations- übung Gruppen- übung	• Zigarettenschachtel • Folie F 3.2: „Nein sagen“ • Blatt B 3.2: „Nein sagen“	20 min.
3.5 Drehbuch meines ersten rauchfreien Tages			
• TN entwerfen einen individuellen Ablauf ihres Quit-Day • TN setzen sich mit möglichen Risikosituationen auseinander • Die TN planen den Quit-Day bewusst und aktiv	Plenum Stillarbeit	• Blatt B 3.3: Drehbuch meines Quit-Day • Folie F 3.3: Drehbuch meines Quit-Day • Song 3.2	15 min.
3.6 Quit-Day-Begleitung per sms und Registrierkarte			
• TN sind über die Begleitung ihres Quit-Day durch den Trainer per sms informiert	Plenum	• Folie F 3.4: Deine Unterstützung per sms • Blatt B 3.4: Registrierkarte	5 min.
3.7 Deine Aufgabe			
• TN suchen sich einen Song aus, der positiv mit dem Quit-Day assoziiert ist • TN sind emotional involviert	Plenum Vortrag		5 min.
3.8 Verabschiedung			
• TN sind motiviert, den Quit-Day durchzuführen	Plenum	• Song 3.3	5 min.

Ihr seid Helden! – das vierte Treffen

Beim vierten Treffen stehen die Teilnehmer und ihre Erfahrungen mit dem Stopptag im Mittelpunkt. Die Teilnehmer haben es geschafft beziehungsweise versucht, rauchfrei zu werden und ein entsprechend großes Bedürfnis, ihre Erfahrungen mitzuteilen. Das Bündeln der Erfahrungen, Motivation zum „weiter durchhalten“, „weiter versuchen“ und Rückfallprävention stehen im Zentrum des Treffens.

Tabelle 32: Ihr seid Helden! – das vierte Treffen

Element / Ziele	Methode	Material	Dauer
4.0 Begrüßung			
<ul style="list-style-type: none"> • TN entspannen sich und fühlen sich wohl • TN sind bezüglich der Stunde motiviert 	Plenum Vortrag	<ul style="list-style-type: none"> • Song 4.1 • Kaugummis 	5 min.
4.1 Besprechung des Quit-Days, der Registrierkarte und der Aufgabe			
<ul style="list-style-type: none"> • TN erhalten ein positives Feedback für die Bewältigung des Quit-Days • TN sind motiviert, weiter durchzuhalten • TN erhalten die Möglichkeit, offen über ihre Erfahrungen (inklusive Misserfolg) mit dem Quit-Day zu sprechen 	Plenum Gesamtgruppe		30 min.
4.2 Belohnung – Geld verdienen mit Nichtrauchen			
<ul style="list-style-type: none"> • Die TN werden für ihr Verhalten zur Förderung der Motivation belohnt 	Plenum Gesamtgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Blatt B 4.1: Finanzüberblick • Folie F 4.1: Finanzüberblick 	10 min.
4.3 Motivationsübung			
<ul style="list-style-type: none"> • TN sind motiviert, bis zum nächsten Treffen rauchfrei zu bleiben beziehungsweise eine vereinbarte Veränderung im Rauchverhalten umzusetzen 	Plenum Einzelübungen	<ul style="list-style-type: none"> • Song 4.2 	10 min.
4.4 Rückfallprävention			
<ul style="list-style-type: none"> • TN vertiefen Strategien, um kritische Situationen zu bestehen 	Plenum Interaktiver Vortrag	<ul style="list-style-type: none"> • Flipchart • Stifte • Blatt B 4.2: Notfallkarte • Folie F 4.2: Notfallkarte • Folie F 4.3: Rückfallschock • Blatt B 4.3: Schock 	25 min.
4.5 Durchhalteunterstützung bis zum nächsten Treffen			
<ul style="list-style-type: none"> • TN sind über die Unterstützung per sms bis zum nächsten Treffen informiert und über die Verwendung der Registrierkarte informiert 	Plenum	<ul style="list-style-type: none"> • Blatt B 4.4: Registrierkarte 	5 min.

4.6 Verabschiedung	<ul style="list-style-type: none"> TN fühlen sich durch den Einzeltermin persönlich angesprochen und motiviert 	Plenum		5 min.
---------------------------	---	---------------	--	---------------

Einzelgespräche – das fünfte Treffen

Ein Methodenwechsel hat sich in der Tabakentwöhnung generell als effektive Strategie erwiesen. Das fünfte Treffen findet dementsprechend nicht in der Gruppe, sondern in Form von 15-minütigen Einzelgesprächen statt. Ein Einzelgespräch betont die Wichtigkeit der Thematik. Aufgrund der vermutlich unterschiedlichen Profile der TN kann auf diese Weise individuell auf die einzelnen TN eingegangen werden. Ziel ist die Aufrechterhaltung der Abstinenz beziehungsweise die Motivierung dazu durch die Motivierende Gesprächsführung.

Tabelle 33: Einzelgespräche – das fünfte Treffen

Element / Ziele	Methode	Material	Dauer
Beratung aufgrund weiterer Probleme			
<ul style="list-style-type: none"> TN kennt Anlaufstellen für Unterstützungsmöglichkeiten TN ist motiviert Hilfe in Anspruch zu nehmen 	Einzelgespräch auf Basis der Motivierenden Gesprächsführung	<ul style="list-style-type: none"> Süßigkeit, BZgA-Kalender Blatt B 5.1: Kurve Blatt B 5.2: Registrierkarte Kontaktdaten von Unterstützungs möglichkeiten Jugendlicher vor Ort 	15 min.
Unterstützung der Veränderung(sbereitschaft)			
<ul style="list-style-type: none"> TN ist motiviert zur Aufrechterhaltung der Abstinenz TN denkt erneut über Veränderung nach TN unternimmt einen neuen Aufhörversuch 	Einzelgespräch auf Basis der Motivierenden Gesprächsführung		pro TN

In Sachen Zukunft – das sechste Treffen

Das sechste Treffen bildet bezüglich der Gruppentreffen den Abschluss des Kurses. Im Mittelpunkt stehen in Bezug auf den Rauchstopp die Festigung der Nichtraucher-Identität und die Stärkung des Selbstwertgefühls. Zudem soll noch einmal Resümee über den Kurs und das Erreichen beziehungsweise Nichterreichen des Ziels Abstinenz gezogen werden und Pläne für die Zukunft gemacht werden.

Tabelle 34: In Sachen Zukunft – das sechste Treffen

Element / Ziele	Methode	Material	Dauer
6.0 Begrüßung			
<ul style="list-style-type: none"> • TN freuen sich, die anderen Gruppenmitglieder wieder zu sehen • TN sind gespannt auf das letzte Treffen 	Plenum	Süßigkeiten/ Kaugummies	5 min.
6.1 Blitzlicht – Wie läuft's mit dem Nichtrauchen?			
<ul style="list-style-type: none"> • Besprechung der Erfahrungen der einzelnen TN und der Registrierkarte 	Gruppen-diskussion		15 min.
6.2 Übung zur Nichtraucher-Identität – Meine Reichtümer			
<ul style="list-style-type: none"> • TN sind in ihrem Selbstwertgefühl gestärkt • TN sind in ihrer Nichtraucher-Identität gefestigt 	Vortrag Gruppen-arbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Buntes Papier • Stifte • Song 6.1 	20 min.
6.3 Zukunftsplanung – Unterstützung in Zukunft			
<ul style="list-style-type: none"> • TN sind über die Nachbetreuung per sms/ Anruf informiert 	Plenum Vortrag	<ul style="list-style-type: none"> • Folie F 6.1: Terminliste • Blatt B 6.1: Terminliste 	10 min.
6.4 Der Eigenlob-stinkt-Stuhl			
<ul style="list-style-type: none"> • TN reflektieren ihren persönlichen Gewinn durch den Kurs/ ihren Entschluss zu einer Veränderung ihres Rauchverhaltens • TN verbinden Rauchfreiheit mit Gefühl von Stolz 	Plenum Gruppen-arbeit	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Plakat: Der „Eigenlob-stinkt-Stuhl“ 	20 min.
6.5 Greetings from...myself			
<ul style="list-style-type: none"> • TN werden in ihrem rauchfreien Leben stabilisiert 	Plenum Stillarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Briefpapier • Umschläge • Folie F 6.3: Briefumschlag 	10 min.
6.5 Überreichung der Urkunden (+ T-Shirts)			
<ul style="list-style-type: none"> • TN erleben einen feierlichen Abschluss des Kurses • TN erfahren durch die Gruppe und den Trainer Wertschätzung • TN sind motiviert, die der vereinbarten persönlichen Ziele beizubehalten • TN sind in ihrer Durchhaltemotivation gestärkt 	Plenum	<ul style="list-style-type: none"> • Song 6.2 • Urkunden • T-Shirts 	15 min.

4.1.3.2 Jugendspezifische Elemente des Programms

Ziel war es, ein *inhaltlich* gezielt *entwicklungsorientiertes* Tabakentwöhnungsmanual für Jugendliche zu erarbeiten. Neben inhaltlichen Aspekten stellt auch die *jugendspezifische didaktische Umsetzung* einen entscheidenden Faktor bei der Arbeit mit Jugendlichen dar. Tabelle 35 gibt einen Überblick über zielgruppenorientierte inhaltliche und didaktische Elemente des Programms, die in den einzelnen Treffen aufgegriffen wurden.

In fast allen der sechs Treffen wurden jeweils alle Elemente umgesetzt mit dem Ziel der Kontinuität, der Verfestigung und der Strukturierung.

Die Hypothesen zu Fragestellung 1 (Wie kann ein theoretisch fundiertes, jugendspezifisches Tabakentwöhnungsmanual in seinen Inhalten und Rahmenbedingungen aussehen?) können alle bestätigt werden.

Tabelle 35: Jugendspezifische inhaltliche und didaktische Ausgestaltung des Ausstiegskurses

	Welcome – Das 1. Treffen	Überlebensstrategien – Das 2. Treffen	Bist du dabei? – Das 3. Treffen	Ihr seid Helden! – Das 4. Treffen	Einzelgespräche – Das 5. Treffen	In Sachen Zukunft – Das 6. Treffen
Jugendspezifische Inhalte						
Motivierungsstrategien	x	x	x	x	x	x
Rauchverhalten Peergroup		x	x		x	x
Rauchverhalten Familie	x	x	x	x	x	x
Widerstand gg Gruppendruck			x	x		
Gefühlsedukation/ Stimmungsmangement	x	x	x	x		x
Stressbewältigung	x	x	x	x	x	x
Abklärung weiterer Probleme					x	
Zielfindung und -umsetzung,		x	x	x	x	x
Zeitmanagement			x	x	x	x
Erlebte Selbstwirksamkeit	x	x	x	x	x	x
Selbstbeobachtung	x	x	x	x	x	x
Nichtraucheridentität	x	x	x	x	x	x
Alternativverhaltensweisen		x	x	x	x	
Lebenskompetenzen	x	x	x	x	x	x
Jugendspezifische Methodik						
Motivierungsstrategien	x	x	x	x	x	x
Empathisch-direktives Trainerverhalten		x	x		x	x
Gestaltung der Arbeitsmaterialien (Vorgaben, möglichst wenig Text)	x	x	x	x		x
Graphisches Design	x	x	x	x		x
Musik	x	x	x	x		x
Slogans	x	x	x	x	x	x
Spielerische Elemente	x	x	x	x		x
Schweigepflicht		x	x	x	x	x
Incentives			x	x	x	x

4.2 Ergebnisse zu Fragestellung 2

Ein Tabakentwöhnungsprogramm für jugendliche Raucher wurde nach seiner evidenzorientierten Entwicklung in einer Pilotstudie hinsichtlich seiner Akzeptanz und Wirksamkeit bei der Zielgruppe untersucht.

4.2.1 Akzeptanz der Intervention

Die Haltequote ist ein sehr aussagekräftiger Indikator für die Akzeptanz einer Intervention. In allen vier durchgeführten Kursen lag die Haltequote bei 100 %, d.h. alle 30 Schüler, die den Kurs begonnen haben, haben ihn nicht frühzeitig abgebrochen, sondern – wenn auch mit vereinzelten Fehlstunden (17 % bezogen auf alle Teilnehmer und Treffen) – beendet.

4.2.1.1 Beurteilung des gesamten Kurses

Die Akzeptanz des Kurses als Ganzes wurde im Nachtest ermittelt. Zur Erfassung der Akzeptanz bewerteten die Teilnehmer mehrere Aspekte (Themen, Trainer, Gruppe, Design der Materialien, Inhalte, Spaßfaktor) mit einer Art Schulnote zwischen eins („sehr gut“) und sechs („ungenügend“). Die Ergebnisse sind in Tabelle 36 für alle vier Kurse zusammen sowie für jeden Kurs einzeln dargestellt.

Tabelle 36: Akzeptanz des gesamten Kurses: Durchschnittliche Noten

	Themen M (SD)	Inhalte M (SD)	Trainer M (SD)	Gruppe M (SD)	Design M (SD)	Spaßfaktor M (SD)
Gesamt	1,4 (0,6)	1,6 (0,8)	1,3 (0,5)	1,6 (0,8)	1,7 (0,8)	1,7 (0,8)
Kurs 1 (HS 1)	1,2 (0,4)	1,2 (0,4)	1,2 (0,4)	1,0	1,0	1,2 (0,4)
Kurs 2 (RS 1)	1,7 (0,7)	2,2 (1,0)	1,7 (0,7)	1,8 (0,8)	2,3 (0,9)	2,3 (0,9)
Kurs 3 (RS 2)	1,4 (0,5)	1,4 (0,5)	1,0	2,1 (0,7)	1,5 (0,7)	1,7 (0,5)
Kurs 4 (GY 2)	1,2 (0,5)	1,5 (0,6)	1,0	1,0	1,7 (0,5)	1,2 (0,5)

HS = Hauptschule, RS = Realschule, GY = Gymnasium

Schlechte Noten (Noten 4 bis 6) wurden in der Gesamtstichprobe aller Kursteilnehmer dreimal vergeben: Ein Mal wurde die Note 4 für das Design vergeben, ein Mal eine 4 für den Inhalt der Materialien und ein Mal eine 4 für den Spaßfaktor. Davon abgesehen wurden keine weiteren schlechten Noten vergeben.

Alle Teilnehmer (100 %) gaben an, dass sie den Kurs weiterempfehlen würden. Ebenso sahen alle Teilnehmer (100 %) ihre Erwartungen an den Kurs erfüllt.

4.2.1.2 Beurteilung der einzelnen Treffen

Die Akzeptanz für die einzelnen Treffen wurde nach jedem Treffen abgefragt und ist in Form von durchschnittlichen Schulnoten in Tabelle 37 und Abbildung 9 dargestellt.

Tabelle 37: Akzeptanz der einzelnen Treffen: Durchschnittliche Noten

	Themen M (SD)	Inhalte M (SD)	Trainer M (SD)	Gruppe M (SD)	Design M (SD)	Spaßfaktor M (SD)
1. Treffen (n = 27)	1,7 (0,6)	1,8 (0,6)	1,2 (0,4)	2,4 (1,6)	1,7 (0,7)	1,8 (1,2)
2. Treffen (n = 22)	1,6 (0,6)	1,6 (0,8)	1,4 (0,7)	2,1 (1,3)	1,9 (0,9)	1,8 (0,7)
3. Treffen (n = 26)	1,6 (0,6)	1,7 (0,8)	1,3 (0,4)	1,6 (1,0)	1,8 (0,9)	1,9 (1,2)
4. Treffen (n = 28)	1,6 (0,7)	1,9 (0,9)	1,3 (0,5)	1,7 (0,8)	1,9 (0,8)	2,3 (1,1)
5. Treffen (n = 23)	/	/	/	/	/	/
6. Treffen (n = 23)	1,7 (0,7)	1,9 (1,1)	1,5 (0,7)	1,9 (0,9)	1,9 (1,1)	1,9 (0,8)

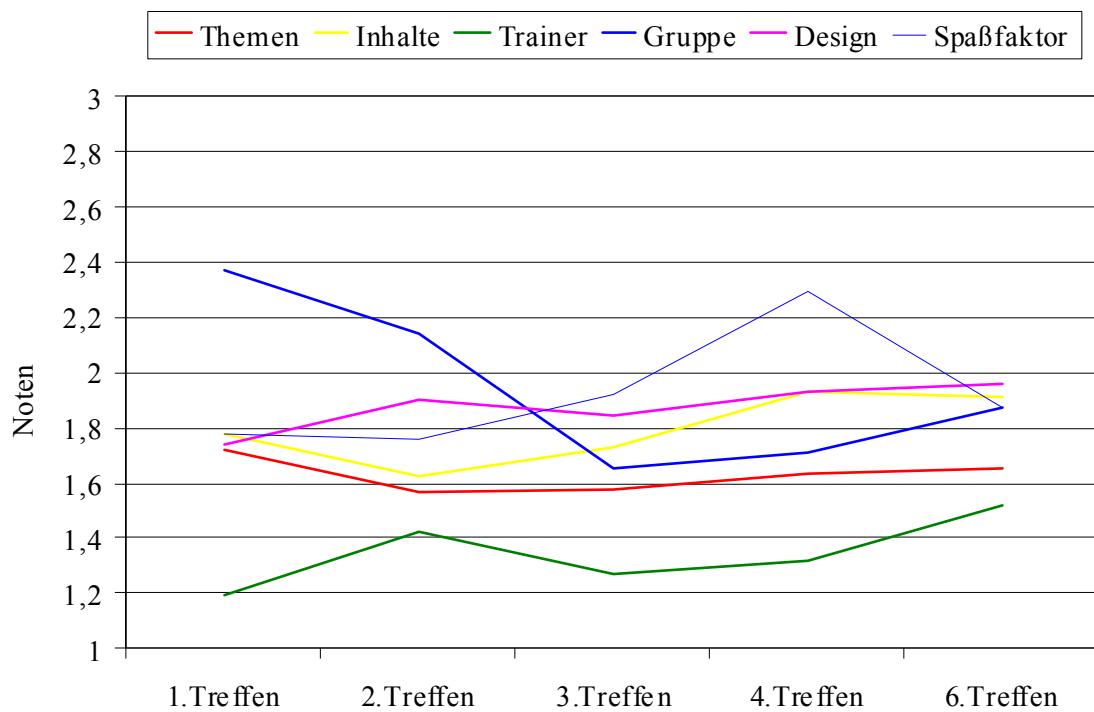


Abbildung 9: Akzeptanz der einzelnen Treffen: Durchschnittliche Noten

4.2.1.3 Akzeptanz der Nachbetreuung

Die Teilnehmer ($n = 30$) vergaben für die Nachbetreuung per sms eine Durchschnittsnote von 1,4 ($SD = 0,7$; Range 1-4). Die Nachbetreuung per Anruf wurde im Durchschnitt 1,7 ($SD = 1,1$; Range 1-5) bewertet, wobei sich jeweils ein Mal eine 4 und eine 5 unter den Beurteilungen fand. Für die Nachbetreuung insgesamt ergab sich eine Durchschnittsnote von 1,53 ($SD = 0,8$; Range 1-3). Die Note 4 für die gesamte Nachbetreuung wurde insgesamt ein Mal vergeben.

Von den zum Zeitpunkt der Nachbetreuung rauchfreien Teilnehmern ($n = 11$) gaben 100 % an, durch die Nachbetreuung per sms darin bestärkt worden zu sein, rauchfrei zu bleiben. Auch durch die Nachbetreuung per Anruf fühlten sich 100 % darin bestärkt, rauchfrei zu bleiben.

In der Gruppe der zum Zeitpunkt der Nachbetreuung nicht rauchfreien Teilnehmer ($n = 19$) geben 95 % an, durch die Nachbetreuung per sms darin bestärkt worden zu sein, das persönliche Rauchverhalten zu überdenken. Die Nachbetreuung per Anruf veranlasste ebenfalls 95 % dazu, das aktuelle Rauchverhalten zu reflektieren.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße (n kleiner als 5) wurden keine statistischen Berechnungen zu Unterschieden zwischen den drei Schultypen sowie den Geschlechtern durchgeführt. Augenscheinlich bewerten die Hauptschüler den Kurs am besten, darauf folgen die Gymnasiasten und dann die Realschüler. Insgesamt wird das Programm sehr gut bewertet. Zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmern ergaben sich keine bemerkenswerten Unterschiede bezogen auf die Akzeptanz des Programms. In Tabelle 38 sind daher nur die Werte je nach Schultyp angegeben.

Tabelle 38: Akzeptanz des gesamten Kurses nach Schultyp: Durchschnittliche Noten

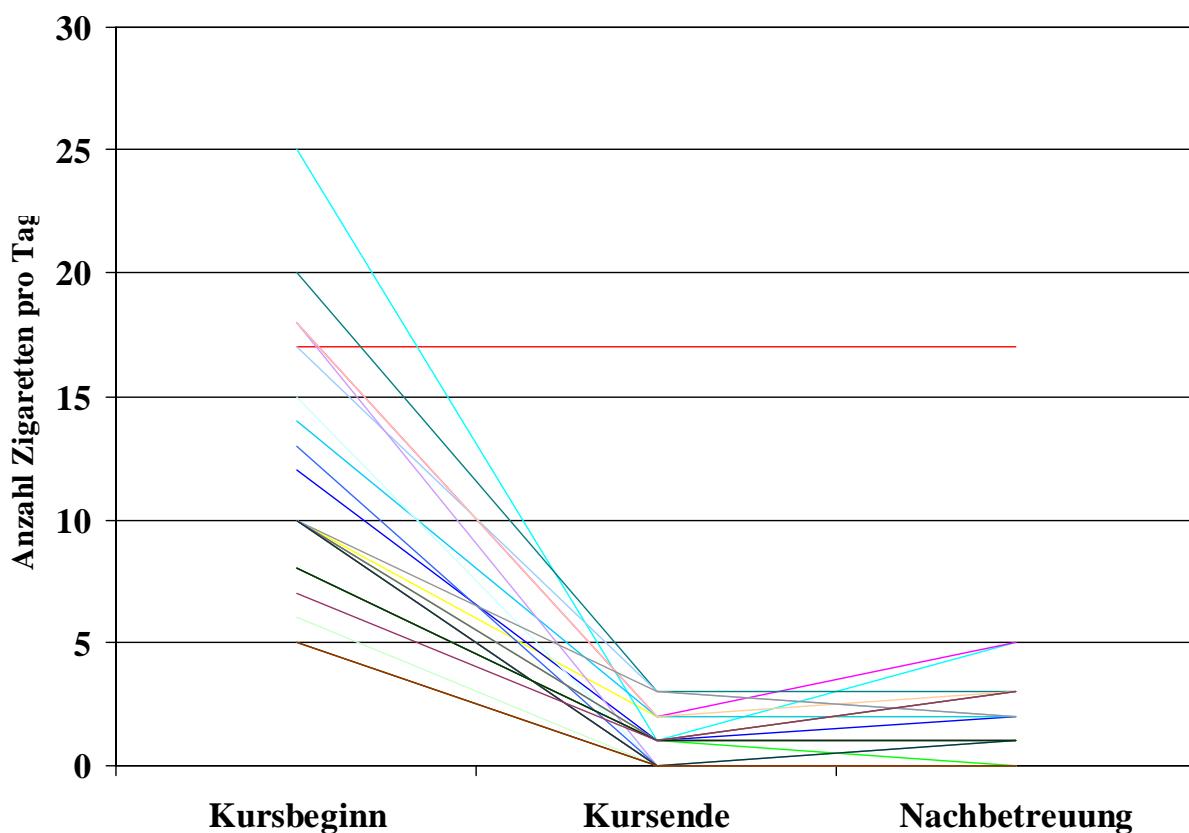
	Themen M (SD)	Inhalte M (SD)	Trainer M (SD)	Gruppe M (SD)	Design M (SD)	Spaßfaktor M (SD)
Hauptschule	1,2 (0,4)	1,2 (0,4)	1,2 (0,4)	1,0	1,0	1,2 (0,4)
Realschule	1,5 (0,6)	1,8 (0,9)	1,3 (0,6)	1,9 (0,8)	1,9 (0,9)	2,0 (0,8)
Gymnasium	1,2 (0,5)	1,5 (0,6)	1,0	1,0	1,7 (0,5)	1,2 (0,5)

4.2.2 Hinweise auf Wirksamkeit

4.2.2.1 Rauchverhalten der Kursteilnehmer

Am Ende des Kurses (t7) hatten elf, also 37 % der Kursteilnehmer aufgehört zu rauchen. Die restlichen Teilnehmer gaben an, weniger als zu Beginn des Kurses zu rauchen. Nach Abschluss der Nachbetreuung (Messzeitpunkt t8: 4 Wochen nach Kursende) waren weiterhin 37 % der Teilnehmer rauchfrei.

Abbildung 10 stellt den Verlauf des durchschnittlichen täglichen Zigarettenkonsums für jeden Teilnehmer dar. Bis auf einen Schüler, der seinen Konsum nicht änderte, hatten alle über die sechs Treffen das Rauchen zumindest reduziert. Zum Ende der Nachbetreuung blieben die Abstinenz oder der reduzierte Konsum gleich und in manchen Fällen nahm er wieder geringfügig zu. Insgesamt fiel der tägliche Zigarettenkonsum von durchschnittlich 11,3 Zigaretten ($SD = 5,2$) pro Tag (Messzeitpunkt t0) auf einen durchschnittlichen täglichen Konsum von 1,6 Zigaretten ($SD = 3,1$) am Kursende (Messzeitpunkt t7). Der tägliche Zigarettenkonsum am Ende der Nachbetreuung (t8) lag bei durchschnittlich 1,9 Zigaretten ($SD = 3,2$).



Die Veränderung des Rauchverhaltens über den Kursverlauf war je nach Kurs unterschiedlich. Tabelle 39 gibt einen Überblick über den Zigarettenkonsum in den einzelnen vier Kursen über die Messzeitpunkte zu Beginn (Vortest t0) und zum Ende des Kurses (Nachtest t7) sowie nach der Nachbetreuung (t8).

Tabelle 39: Zigarettenkonsum in den vier Kursen über den Kursverlauf

		Kursbeginn	Kursende		Ende Nachbetreuung	
	n	Anzahl Zigaretten M (SD)	Anzahl Zigaretten M (SD)	% abstinent	Anzahl Zigaretten M (SD)	% abstinent
Kurs 1 (HS 1)	6	12,0 (8,4) Range 1-25	4,0 (6,4) Range 1-17	0	5,2 (6,1) Range 0-17	17
Kurs 2 (RS 1)	10	13,5 (5,2) Range 5-20	1,1 (1,3) Range 0-3	50	1,1 (1,3) Range 0-3	50
Kurs 3 (RS 2)	10	8,8 (2,5) Range 5-13)	0,7 (0,8) Range 0-2	50	0,9 (1,2) Range 0-3	50
Kurs 4 (GY2)	4	9 (1,2) Range 8-10	1,5 (1,3) Range 0-3	25	1,7 (0,9) Range 1-3	0

HS = Hauptschule, RS = Realschule, GY = Gymnasium

4.2.2.2 Unterstützende Elemente bzw. Hindernisse in Bezug auf den Rauchstopp

Rauchfreie Teilnehmer: Unterstützende Elemente auf dem Weg zum Rauchstopp
 Die Gruppe der rauchfreien Teilnehmer (n = 11) wurde danach gefragt, was ihnen beim Rauchstopp geholfen habe. Es waren Mehrfachnennungen möglich. Als besonders unterstützend wurden mit jeweils 64 % die Gruppe und Freunde genannt, darauf folgten mit 45 % die Trainerin und die Familie.

Alle Teilnehmer, die am Ende des Kurses rauchfrei waren, bejahten die Frage, ob der Kurs ihnen dabei geholfen habe, rauchfrei zu werden.

Nicht-rauchfreie Teilnehmer: Hindernisse bzgl. Rauchstopp

Als Hindernisse gaben die Teilnehmer, die am Ende des Kurses nicht rauchfrei waren (n = 19), folgende Gründe an (es waren Mehrfachnennungen möglich): 79 % Stress, 58 % Gewohnheit, 53 % Nikotinabhängigkeit, 53 % Genuss, 47 % rauchende Freunde, 37 % Langeweile und 26 % rauchende Familienmitglieder.

4.2.2.3 Änderungsmotivation und Zuversicht

Änderungsmotivation nach den einzelnen Treffen

Im Anschluss an jedes der sechs Treffen wurden Teilnehmer nach ihrer Motivation gefragt, an ihrem aktuellen Rauchverhalten etwas zu verändern bzw. nach dem Rauchstopp rauchfrei zu bleiben. In Tabelle 40 sind die Mittelwerte der Änderungsmotivation bezogen dargestellt, wobei ein kleinerer Wert eine erhöhte Motivation ausdrückt (1 = „sehr motiviert“, 2 = „eher motiviert“, 3 = „eher unmotiviert“, 4 = „unmotiviert“).

Tabelle 40: Durchschnittliche Motivation der Kursteilnehmer nach den Treffen

	Treffen 1 M (SD)	Treffen 2 M (SD)	Treffen 3 M (SD)	Treffen 4 M (SD)	Treffen 5 M (SD)	Treffen 6 M (SD)
Motivation	1,9 (0,6)	1,8 (0,5)	1,6 (0,8)	1,7 (0,8)	1,3 (0,6)	1,3 (0,6)

Zuversicht rauchfreie Teilnehmer

In der Gruppe der rauchfreien Teilnehmer ($n = 11$) gaben 91 % am Ende des Kurses an, „sehr zuversichtlich“ zu sein, es zu schaffen, in den nächsten vier Wochen rauchfrei zu bleiben. Die restlichen 9 % gaben an, „eher zuversichtlich“ zu sein.

Zum Zeitpunkt der Nachbetreuung ergab sich unter den rauchfreien Teilnehmern ($n = 11$) bzgl. der Frage nach der Zuversicht, in den nächsten vier Wochen rauchfrei zu bleiben, ein einstimmiges Urteil. Alle (100 %) waren sehr zuversichtlich, rauchfrei zu bleiben.

Zuversicht nicht-rauchfreie Teilnehmer

In der Gruppe der Teilnehmer, die den Rauchstopp nicht geschafft hatten ($n = 19$), gaben im Post-Fragebogen 74 % an, „sehr zuversichtlich“ zu sein, in den nächsten vier Wochen erneut einen Rauchstopp durchzuführen, 16 % gaben sich „eher zuversichtlich“ und 10 % waren „eher unzuversichtlich“. Nach ihrer Zuversicht gefragt, in den nächsten vier Wochen rauchfrei zu werden, gaben 63 % an, diesbezüglich „sehr zuversichtlich“ zu sein, 21 % waren „eher zuversichtlich“ und 16 % waren „eher unzuversichtlich“.

Zum Zeitpunkt der Nachbetreuung ergab sich bzgl. der Zuversicht, in den nächsten vier Wochen einen erneuten Aufhörversuch zu starten ein Anteil von 63 % zuversichtlichen Kursteilnehmern

Bezogen auf die Fragestellungen 2a (Wird das Tabakentwöhnungsprogramm seitens der Teilnehmer akzeptiert?) und 2b (Lassen sich aus der Pilotstudie Hinweise auf eine Wirksamkeit des Programms ableiten?) haben sich alle Hypothesen bestätigt.

4.3 Ergebnisse zu den Fragestellungen 3a und 3b

In den Fragestellungen 3a und 3b wurde nach der Bedürfnislage jugendlicher Raucher bezogen auf Unterstützung beim Rauchstopp und in diesem Zusammenhang nach geschlechts- und schulspezifischen Unterschieden gefragt. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden die Daten, die im Rahmen der Rekrutierungsmaßnahme „Informationsveranstaltung“ erhalten wurden, bezogen auf die rauchenden Teilnehmer analysiert.

4.3.1 Anteil rauchender Schüler mit Unterstützungswunsch bzgl. Rauchstopp

In der Stichprobe der Jugendlichen, die angaben, in den letzten vier Wochen geraucht zu haben ($n = 141$) beantworteten insgesamt 25 % ($n = 36$) die Frage, ob sie Unterstützung beim Rauchstopp wollen mit „ja“. Dies ist je nach Schultyp signifikant unterschiedlich, je nach Geschlecht aber nicht statistisch überzufällig verschieden (siehe Tabelle 41).

Tabelle 41: Anteil rauchender Schüler mit Unterstützungswunsch bzgl. Rauchstopp

Schule	Anteil n Raucher	Möchte Unterstützung beim Rauchstopp n (%)	Signifikanz
Hauptschule	20	6 (30)	$p < 0,0001$
Realschule	55	24 (44)	
Gymnasium	66	6 (9)	
gesamt	141	36 (25)	
Geschlecht			
männlich	86	26 (18)	$p = 0,11$
weiblich	55	10 (18)	
gesamt	141	36 (25)	

4.3.1.1 Art der gewünschten Unterstützung

Aus der Gruppe der Befragten, die angaben, Unterstützung beim Rauchstopp zu wollen (n = 36), gaben 69 % an, Unterstützung durch Freunde zu wollen, 42 % wollen Unterstützung durch Gruppenausstiegssprogramme, 17 % wollten Unterstützung in Form von Einzelberatung, 8 % wollten Unterstützung durch ihre Familie, 8 % wollten Unterstützung durch Infomaterialien, 6 % wollten Unterstützung durch Telefonberatung, 3 % durch Internetselbsthilfeportale. Es zeigte sich, dass deutlich mehr Hauptschüler angaben, Unterstützung durch Familie zu wollen, als Schüler des Gymnasiums. Gymnasiasten wollten deutlich mehr Unterstützung durch Infomaterialien wie Bücher etc. als Real- und Hauptschüler. Davon abgesehen ergaben sich zwischen den drei Schultypen sowie für das Geschlecht keine Unterschiede. In Tabelle 42 sind die angekreuzten Unterstützungsarten aufgeschlüsselt nach Schultyp und Geschlecht dargestellt. Aufgrund der teilweise sehr geringen Zellenbesetzungen wurde auf die Durchführung eines Signifikanztests verzichtet, da dieser zu verzerrten Ergebnissen geführt hätte.

Tabelle 42: gewünschte Art der Unterstützung nach Geschlecht und Schultyp

Ge-schlecht	n	Freunde n (%)	Familie n (%)	Internet n (%)	Telefon-beratung n (%)	Info-material n (%)	Gruppen-entwöh-nungs-program-me n (%)	Einzel-beratung n (%)
männlich	26	18 (69)	2 (8)	0	2 (8)	3 (11)	10 (38)	4 (15)
weiblich	10	7 (70)	1 (10)	1 (10)	0	0	5 (50)	2 (20)
Schule	n							
Haupt-schule	6	5 (83)	2 (33)	0	0	1 (17)	4 (67)	0
Real-schule	6	16 (67)	1 (4)	1 (4)	2 (8)	0	11 (46)	4 (17)
Gym-nasium	24	4 (67)	0	0	0	2 (33)	0	2 (33)

4.3.2 Gründe für fehlenden Unterstützungswunsch

Unter den Jugendlichen, die angegeben hatten, keine Unterstützung beim Rauchstopp zu wollen (n = 105), gaben 55 % als Grund dafür an, nicht mit dem Rauchen aufhören zu wollen und 51 % begründeten ihren Standpunkt damit, den Rauchausstieg alleine zu schaffen (es waren Mehrfachantworten möglich). Verglichen mit Realschülern gaben deutlich mehr Gymnasia-

ten an, nicht mit dem Rauchen aufzuhören zu wollen. Davon abgesehen ergab die Berechnung der Chi²-Tests zwischen den drei Schultypen sowie für das Geschlecht keine signifikanten Unterschiede. In Tabelle 43 sind die prozentualen Anteile der Items aufgeschlüsselt nach Schultyp und Geschlecht dargestellt.

Tabelle 43: Gründe für fehlenden Unterstützungswunsch nach Geschlecht und Schultyp

Geschlecht	n	Ich schaffe es alleine n (%)	Ich will nicht mit dem Rau- chen aufhören n (%)
männlich	60	31 (52)	32 (53)
weiblich	44	22 (50)	25 (57)
Signifikanz		p = 0,87	p = 0,72
Schule	n		
Hauptschule	14	7 (50)	7 (50)
Realschule	30	17 (57)	10 (33)
Gymnasium	60	29 (48)	40 (67)
Signifikanz		p = 0,75	p = 0,01

4.3.3 Bereitschaft zur Kursteilnahme

Für die Bereitschaft zur Teilnahme am angebotenen Tabakentwöhnungsprogramm ergab sich bezogen auf die rauchenden Jugendlichen aus der Informationsveranstaltung (n = 141) ein prozentualer Anteil von 32 % Rauchern, die sich eine Teilnahme vorstellen konnten. Die Zustimmung zum Item betrug im Mittel 1,9 (SD = 1,1), auf einer Skala von 1 bis 4, wobei 1 „stimmt gar nicht“ und 4 „stimmt genau“ bedeutet).

Zur statistischen Analyse von Unterschieden zwischen den Schultypen bzgl. der Teilnahmebereitschaft wurde eine univariate Varianzanalyse berechnet (siehe Tabelle 44). Es ergaben sich signifikante Unterschiede in den Mittelwerten. Post-hoc wurde ein Scheffé-Test gerechnet, der anzeigen sollte, dass die Bereitschaft der Gymnasiasten zur Kursteilnahme deutlich unter der Bereitschaft der Real- und Hauptschüler liegt. Der Vergleich von männlichen (M = 1,9; SD = 1,1) und weiblichen Jugendlichen (M = 2,1; SD = 1,1) ergab keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 44: Bereitschaft, am angebotenen Kurs teilzunehmen

Schule	n	Bereitschaft ist hoch M (SD)
Hauptschule	20	2,1 (1,1)
Realschule	55	2,5 (1,2)
Gymnasium	66	1,5 (0,9)
Signifikanz		p < 0,001

4.3.4 Gründe für und gegen eine Kursteilnahme

Die rauchenden Schüler gaben anhand von vorgegebenen Items ihre Gründe *für* eine Kursteilnahme an. Sie meinten zu 17 %, dass sie deshalb hingehen würden, weil der Kurs spannend klingt. Etwas weniger, 14 %, gaben an, dass sie es alleine nicht schaffen würden und 11 % stimmten dem Grund „weil Freunde von mir auch hingehen“ zu.

Aufgegliedert nach Schultyp gaben deutlich mehr Hauptschüler an, den Kurs spannend zu finden als Schüler des Gymnasiums und der Realschule. Die Items „Ich schaff's allein nicht“ und „Der Kurs klingt spannend“ und „Freunde von mir gehen auch hin“ fanden weniger Zustimmung unter den Gymnasiasten als unter Real- und Hauptschülern. Tabelle 45 gibt einen Überblick über die prozentualen Anteile der angekreuzten Gründe *für* eine Kursteilnahme bezogen auf die drei Schultypen. Wegen der geringen Besetzung einzelner Zellen wurde hier (wie auch in allen weiteren Kreuztabellen) kein Signifikanztest durchgeführt.

Tabelle 45: Gründe für die Kursteilnahme nach Schultyp

Schule	n	Der Kurs klingt spannend n (%)	Ich schaff's allein nicht n (%)	Freunde von mir gehen auch hin n (%)
Hauptschule	20	8 (40)	5 (25)	4 (20)
Realschule	55	6 (11)	12 (22)	10 (18)
Gymnasium	66	10 (15)	3 (4)	2 (3)

In Tabelle 46 zeigen sich bezogen auf die Gründe für die Kursteilnahme deskriptive Unterschiede zwischen den Geschlechtern. So spielt die Teilnahme von Freunden für Jungen eine

größere Rolle als für Mädchen. Darüber hinaus sind sie häufiger der Ansicht, dass sie es nicht schaffen, alleine aufzuhören.

Tabelle 46: Gründe für die Kursteilnahme nach Geschlecht

Geschlecht	n	Der Kurs klingt spannend n (%)	Ich schaff's allein nicht n (%)	Freunde von mir gehen auch hin n (%)
männlich	86	13 (15)	15 (17)	13 (15)
weiblich	55	11 (20)	5 (9)	3 (5)

In der Hauptschule und der Realschule wurde im Rahmen der Infoveranstaltung zusätzlich mit der Vergabe von 3 Mediengutscheinen bei regelmäßiger Kursteilnahme (maximal eine Fehlstunde) geworben. Das in diesen zwei Schulen zusätzlich abgefragte Item „Ich mache mit, weil ich Gutscheine bekomme“, wurde unter den Realschülern von 33 % bejaht, unter den Hauptschülern antwortete niemand (0 %) mit ja.

Anhand von vorgegebenen Items wurde ermittelt, welche Aspekte aus Sicht der Schüler *gegen* eine Kursteilnahme sprechen. Von den Rauchern ($n = 141$) kreuzten 40 % das Item „Ich schaff's allein“ an, 32 % bejahten das Item „Ich will weiterrauchen“, 16 % bestätigten das Item „Der Kurs klingt uninteressant“ und 8 % fanden den Kurs uncool.

Das Item „Ich will weiterrauchen“ wurde im Vergleich zu Hauptschülern und Gymnasiasten deutlich häufiger bejaht.

Bezogen auf die Items „Ich schaff's allein“, „Der Kurs klingt uninteressant“ und „Der Kurs ist uncool“ ergaben sich aufgegliedert nach Schultyp und Geschlecht keine nennenswerten Unterschiede (Tabelle 47).

Tabelle 47: Gründe gegen die Kursteilnahme nach Geschlecht und Schultyp

Geschlecht	n	Ich schaff's allein n (%)	Ich will weiterrauchen n (%)	Der Kurs klingt uninteressant n (%)	Der Kurs ist uncool n (%)
männlich	86	36 (42)	27 (31)	16 (19)	9 (10)
weiblich	55	20 (36)	18 (33)	6 (11)	3 (5)
Schule	n				
Hauptschule	20	8 (40)	8 (40)	2 (3)	1 (5)

Realschule	55	21 (38)	9 (16)	12 (22)	4 (7)
Gymnasium	66	27 (41)	28 (42)	8 (12)	7 (11)

4.3.5 Anmeldung zum Kurs

Aus der Gesamtstichprobe von 141 Jugendlichen machten n = 2 Personen keine Angaben dazu, ob sie sich zum Kurs angemeldet haben. Von den restlichen 139 Jugendlichen geben 14 % (n = 20) an, sich für den Kurs angemeldet zu haben.

Aufgegliedert nach Schultyp zeigt sich, dass deutlich mehr Realschüler angaben, sich für den Kurs angemeldet zu haben und deutlich weniger Gymnasiasten.

Tabelle 48: Kursanmeldungen nach Schultyp

Schule	n	Ich habe mich für den Kurs „Losgelöst“ angemeldet n (%)
Hauptschule	20	4 (20)
Realschule	53	16 (30)
Gymnasium	66	0 (0)

Untergliedert nach Geschlecht zeigen sich keine Unterschiede hinsichtlich der Anmeldungen zum Kurs. Sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen liegt die Anmelderate bei ungefähr 16 %. (Tabelle 49).

Tabelle 49: Kursanmeldungen nach Geschlecht

Geschlecht	n	Ich habe mich für den Kurs „Losgelöst“ angemeldet n (%)
männlich	86	13 (15)
weiblich	53	7 (13)

Bezogen auf die Fragestellungen 3a (Wie sieht die Bedürfnislage jugendlicher Raucher aus?) und 3b (Bestehen geschlechts- oder schulspezifische Unterschiede hinsichtlich Unterstützungsbedürfnissen beim Rauchstopp?) haben sich alle Hypothesen bestätigt.

4.4 Ergebnisse zu den Fragestellungen 3c und 3d

Mittels qualitativer Gruppendiskussionen wurden Erwartungen und Vorbehalte jugendlicher Raucher gegenüber Gruppenentwöhnungsprogrammen und die Teilnahmebereitschaft abgeklärt. Alle Diskussionsteilnehmer gaben ohne Ausnahme an, bereits mindestens einen Aufhöversuch hinter sich zu haben.

4.4.1 Wissen über Aufhörmethoden

Die Frage nach Hilfen beim Aufhören konnten die Teilnehmer insgesamt nur vage beantworten.

Es zeigt sich, dass die Jugendlichen keine konkreten Vorstellungen zum Thema Aufhören und zur Relevanz von Aufhörlhilfen haben. Besonders die Hauptschüler hatten Schwierigkeiten, Aufhörlhilfen zu benennen. Von Einzelnen wurden Nikotinkaugummis, Zahnstocher, Akupunktur, Hypnose, Süßigkeiten genannt und Unterstützung durch Freunde bzw. ominöse Methoden:

Lisa-Marie: „Oder mein Onkel hat z.B. so ne Kassette, die muss er immer hören, wenn er raucht, da sind so ganz grausame Geräusche drauf.“

Mara: „Ja, also entweder gleich stoppen oder da gibt's irgendsolche Spritzen, die man sich geben lassen kann, das hab ich mal im Fernsehen gesehen, oder solche Hypnose oder so.“

Die Mehrheit der Teilnehmer nannte als bevorzugte Aufhörmethode die Punkt-Schluss-Methode. Der entscheidende Faktor sei die eigene Motivation und der Wille, den Rauchstopp durchzuhalten. Dabei könne auch niemand helfen, da man das ganz alleine durchziehen müsse.

Milena: „Man muss es selber wollen. Ich hab schon mal was von Hypnose oder so gehört, aber ich glaub' nicht, dass das was hilft, wo so jemand sagt, du rauchst jetzt nicht mehr und so, keine Ahnung, aber ich hab' gehört, dass das keinen Effekt hat.“

Claudia: „Ich würd' mal sagen, die einzige Methode, die wohl wirklich hilft, ist zu sagen, ich rauche jetzt nicht mehr, also gar nicht, auch nicht mal mehr ziehen.“

4.4.2 Bekanntheit von Gruppenentwöhnungsprogrammen

Keiner der Teilnehmer hatte im Vorfeld von Gruppenentwöhnungsprogrammen gehört. Zwei Teilnehmerinnen war das Rauchfrei-Programm der BZgA zumindest ein Begriff:

Lisa-Marie: „Ich hab aber mal so einen Ball bekommen, da stand rauchfrei drauf, daher kenne ich das.“

4.4.3 Bereitschaft zur Teilnahme an einem Gruppenentwöhnungsprogramm

Die Frage nach der Bereitschaft, an einem Gruppenentwöhnungsprogramm teilzunehmen, wurde von den Jugendlichen, die *nicht* im Vorfeld den Kurs besucht hatten, kontrovers beantwortet. Ein (kleinerer) Anteil der Teilnehmer zeigte sich spontan interessiert und offen, an einem Programm teilzunehmen bzw. sich einen ersten Eindruck zu verschaffen.

Milena: „Klar, wieso nicht, oder. Ich bin davon nicht abgeneigt.“

Als ein entscheidender Faktor für die Kursteilnahme stellte sich dabei unter anderem die gleichzeitige Teilnahme von Freunden am Programm heraus.

Thomas: „Wenn alle in der Klasse mitmachen, dann würde ich mitmachen, oder wenn Freunde mitmachen. Keine Ahnung, wenn z.B. nur wir zwei mitmachen würden, das bringt ja dann auch nichts.“

Milena: „Bevor ich an so was teilnehmen würde, müsste ich selber davon überzeugt sein, dass ich aufhören will und dann müsste ich auch so ein paar Freunde an meiner Seite haben, oder fast alle, die dann sagen, ja, ich mach' dann auch mit, aber wenn die sagen, ja, mach' du mal, wir rauchen weiter, des wär' ...“

Als notwendige Voraussetzung für eine Teilnahme nannten mehrere Jugendliche die bewusste Entscheidung zum Rauchstopp im Vorfeld des Kurses.

Stefan: „Ne, ich glaub', man muss dann halt auch wirklich schon die Einstellung haben, ich will jetzt aufhören, also bei mir persönlich ist das noch nicht so, dass ich sagen würde, also, klar, vielleicht beim Arbeiten, wenn man so ins Arbeitsleben kommt, dass man dann so sagt, so da hab ich jetzt gar keine Lust, die paar Zigaretten und so.“

Der größere Teil der Befragten äußerte sich eher zögerlich und ablehnend bzgl. der Teilnahme an einem Kurs. Es zeigte sich zugleich, dass die Jugendlichen keinerlei Vorstellung von einem Tabakentwöhnungsprogramm und seinem Inhalt hatten.

Pavel: „Nein. Weiß ich jetzt nicht, was das sein soll. Ich glaub' nicht, dass ich da mitmachen würde. Keine Ahnung, warum ich da nicht mitmachen will. Weiß nicht, was ich da machen würde.“

Justin: „Also ich würde da nicht unbedingt hin, also klar isses gut, aber ich hab' da jetzt nicht so den Willen.“

Es spiegelte sich erneut die Annahme vieler Jugendlicher wider, dass allein der eigene Wille einen Rauchstopp ermöglichen könne.

Can: „Weil's nix bringt. Ich weiß nicht, das ist ja dann die eigene Entscheidung, da können doch die Anderen nix... entweder man hört auf oder nicht, da nützt es auch nix wenn die anderen so blabla reden.“

4.4.4 Teilnahmegründe der Kursteilnehmer

Die Jugendlichen, die im Vorfeld an einem Kurs teilgenommen hatten, wurden nach ihren Teilnahmegründen gefragt. Dabei zeigte sich, dass vor allem der soziale Faktor, nämlich die Teilnahme von Freunden, großen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft der Jugendlichen gehabt hatte.

Lara: „Ja, und da ist es besser in der Gruppe. Ja, zuerst hab ich mir auch überlegt, ja, was soll ich da, aber dann hab' ich auch erfahren, dass sie da auch mitmacht und dann hab' ich gesagt, ja, o.k., dann mach' ich da auch mit.“

Auch die Kursteilnehmer berichteten, ähnlich wie die Jugendlichen, die nicht am Kurs teilgenommen hatten, von anfänglichen Vorbehalten, die sich aber im Laufe der Treffen abgebaut hätten.

Mara: „Wir wollten es halt erstmal anschauen und dann haben wir gesagt, ja, das ist eigentlich auch ganz gut und dann war's auch ok.“

Als weitere Teilnahmegründe wurden die Gründe Geld und Gesundheit genannt, aber auch Neugier auf das Unbekannte spielte eine Rolle.

Nesli: „Das war auch die Neugier, was da so besprochen wird und alles und wir haben auch schon oft versucht, zusammen aufzuhören und es hat nicht geklappt.“

Asher: Ich dachte, erstmal reinschaun, schaun, wie's wird. Hatte da überhaupt keine Vorstellung.“

4.4.5 Stellenwert von Incentives bezogen auf die Teilnahmemotivation

Die Jugendlichen hatten für die regelmäßige Teilnahme am Kurs insgesamt drei Mediengutscheine á 10 Euro erhalten. Haben die Gutscheine die Teilnahmebereitschaft beeinflusst?

Alle Teilnehmer der Hauptschule beantworteten diese Frage mit ja. Die Kursteilnehmer der Realschule sahen in den Gutscheinen eher eine Motivation zum bereits bestehenden Aufhörwunsch.

Lisa-Marie: „Also ein bisschen Ansporn war das schon, man hat teilgenommen und hat die Gutscheine bekommen, aber eigentlich wollte man ja auch aufhören.“

Die Frage, ob sie auch ohne Gutscheine am Kurs teilgenommen hätten, können die Schüler nicht einhellig beantworten. Die Gutscheine werden von den Realschülern als attraktives Incentive gesehen, für die Hauptschüler dagegen eher als entscheidender Faktor für die regelmäßige Teilnahme.

4.4.6 Vorurteile von Jugendlichen gegenüber Tabakentwöhnungsprogrammen

Die Frage nach denkbaren Vorurteilen Jugendlicher gegenüber Tabakentwöhnungsprogrammen konnten die Teilnehmer im Gegensatz zu den vorausgegangenen Fragen spontan und mühelos beantworten. Die vorherrschende Meinung zu einem Kursangebot war, dass es darauf basiert, den Teilnehmern mahnend die Schädlichkeit des Rauchens vor Augen zu halten und sie zum Rauchstopp zu drängen.

Kevin: „Hab' mir vorgestellt, dass es voll die Psychokacke ist. Keine Ahnung, dass man da irgendwie so zugetextet wird, was alles schädlich dran ist, dass wir aufhören sollten und dass alles schädlich ist und des und des...“

Asher: „Dachten halt, dass es Psychokrams is, Psychoscheiße, dass man zugetextet wird über die schlechten Seiten vom Rauchen und nicht, wie Sie es gemacht haben, die schlechten und die guten Seiten durchsprechen.“

Eine weitere Befürchtung war, dass ein Kurs sehr verschult, streng, langweilig und direktiv gestaltet sei und an den eigentlichen Bedürfnissen der Teilnehmer vorbei gehe.

Andre: „Ich hab mir nicht viele Gedanken drüber gemacht, wenn ich ehrlich bin. Ich dachte mir zuerst, dass wir da so sitzen und einer da steht und der dann so sagt, ihr seid jetzt leis', ihr hört mir jetzt zu und dass der so nen Schmarrn da verzählt, der wo eigentlich gar keinen juckt.“

Viele der Jugendlichen gaben als Hinderungsgrund für eine Kursteilnahme an, dass es ihnen gegenüber Gleichaltrigen peinlich sein könnte.

Claudia: „Ist peinlich. Die schämen sich vielleicht. Denken, sie werden ausgelacht von Freunden.“

Ein Teil der Teilnehmer bezweifelte zudem auch den Nutzen eines Programms.

Roman: „Dass es Bullshit ist, eh nix bringt. Das bringt doch eh nix, in Stresssituationen, wenn du Alkohol trinkst, dann rauchst du eh wieder. Ist was für Leute, die viel Zeit haben.“

Von Einzelnen wurde als möglicher Vorbehalt gegenüber Gruppenentwöhnungsprogrammen auch die Unkenntnis über den Inhalt und den Ablauf genannt.

Stefan: „Die wissen halt auch nicht, was da passiert.“

4.4.7 Notwendige Merkmale eines Ausstiegsprogramms aus Sicht der rauchenden Jugendlichen

In den Gruppendiskussionen wurde angesprochen, wie ein Ausstiegskurs nach Meinung der Jugendlichen aussehen sollte. Verschiedene Aspekte wurden zu Bedenken gegeben: Programminhalte, Atmosphäre, Kursleiter, Durchführungsort, Durchführungszeit, Kosten und Rekrutierung.

Programminhalte

Die Frage nach Programminhalten konnten die Jugendlichen nach einigen erläuternden Fragen beantworten. Die Teilnehmer nannten Aufklärung über die Folgen des Rauchens und die Analyse der individuellen Ursachen und Motive der einzelnen Kursteilnehmer bezogen auf ihren Tabakkonsum:

Stephanie: „Dass es also jetzt nicht unbedingt so abschreckend ist, dass man besser danach fragt, woran das liegt, dass man raucht oder woran liegt das, dass man sagt, meine Freunde rauchen, deshalb muss ich auch rauchen, weil dann hat man ja was am Kopf, ein Problem, da muss man ja cool sein, vor anderen Leuten.“

Daneben wurden Informationen über Risiko Gewichtszunahme und als konkreter Vorschlag das symbolische Vergraben der letzten Zigarette angeregt:

Kevin: „Ja, z.B. dass jeder so ne Zigarette bekommt, seinen Namen drauf schreibt und die dann in Kiste rein und vergraben muss. Keine Ahnung, dass man halt so sagt, das Leben als Raucher, begraben, am Schluss.“

Atmosphäre

Hinsicht der Atmosphäre sprechen die Schüler folgende Aspekte an:

Der Kurs sollte Spaß machen. Die Schweigepflicht wurde mehrfach genannt und es wurde auf einen guten Gruppenzusammenhalt Wert gelegt:

Milena: „Vielleicht, dass man mit der Gruppe was unternimmt, dass es wirklich so ne Therapiegruppe ist, dass man mit denen schwimmen geht, essen geht, in ein Raucherrestaurant, wo man dann einfach so Alltagssituationen ausgesetzt ist, in denen man nicht raucht.“

Weiter genannt wurde die gleiche Behandlung aller Kursteilnehmer unabhängig von ihrem momentanen Raucherstatus:

Milena: „Ja klar, und dass man auch nicht so unter jemanden gestellt wird, nur weil man vielleicht nicht so stark ist. -So dass die anderen nicht übermäßig gelobt werden, sondern dass halt alle gleich gestellt werden.“

Kursleiter

Die Frage, ob Lehrer als Trainer fungieren sollten, wurde von den Jugendlichen mehrheitlich mit nein beantwortet. Bei Lehrern befürchteten sie einerseits eine Degradierung durch das Geständnis, Raucher zu sein. Zum anderen bestanden Vorbehalte, ob Lehrer tatsächlich ihre Schweigepflicht einhalten und nicht doch Kursinhalte an Eltern weitergeben würden. Eltern und Lehrer sollten in den Kursablauf inhaltlich und formal nicht involviert sein.

Als Ausnahme zu dieser weitgehend einheitlichen Meinung wurde in einer der Realschulen von mehreren Jugendlichen ein Lehrer genannt, der aufgrund seiner Beliebtheit unter den Schülern als Kurstrainer denkbar wäre.

Can: „Er hat ja auch selber lange Zeit geraucht und jetzt aufgehört und er ist sowieso ein verständnisvoller, cooler Lehrer und zu ihm hat man selber großes Vertrauen.“

Die Erwartungen und Anforderungen an einen Kursleiter konnten die Teilnehmer überraschend genau benennen. Demnach sollte er:

- geduldig sein
- die Schwierigkeit des Rauchstopps und die damit verbundene Herausforderung an die Kursteilnehmer nachvollziehen können und Verständnis haben
- Erfahrung im Bereich Tabakentwöhnung haben
- die Kursteilnehmer dafür, dass sie Raucher sind, nicht verurteilen
- kein aktiver Raucher sein:

Nesli: „Vielleicht einer, der selber geraucht hat und dann aufgehört hat, aus Erfahrung spricht und der es geschafft hat, auch aufzuhören eben.“

Es gibt keine Präferenz hinsichtlich des Geschlechts des Trainers.

Zu der Frage, ob der Trainer im Vorfeld des Kurses bekannt sein sollte, fanden die Jugendlichen keinen einheitlichen Standpunkt.

Vor allem die Mädchen gaben an, keinen besonderen Wert darauf zu legen, den Trainer vor dem ersten Treffen gesehen zu haben. Viele Jugendliche behielten sich ohnehin die erste Kursstunde als Probestunde vor.

Denise: „Ich müsste nicht unbedingt wissen, wer den Kurs macht, würde hingehen, mir's anschauen, aber davor müsst' ich's nicht wissen.“

Dagegen sprach sich ungefähr die Hälfte der Jugendlichen dafür aus, im Vorfeld zu wissen, wer den Kurs anbietet und die Person auch gesehen zu haben.

Stefan: „Ja, wenn ich den nicht kenne, das wär' jetzt nicht mein Ding.“

Durchführungsart

Als Durchführungsart der Wahl nannten die meisten Jugendlichen die Schule. Diese Präferenz wurde mit mehreren Argumenten begründet:

- bessere Erreichbarkeit

Can: „In der Schule würden einfach viel mehr kommen als wie wenn man des am Nachmittags irgendwo draußen machen würde“

- die Teilnahme am Nichtraucherkurs kann besser vor den Eltern verborgen werden

Zum Durchführungsart Schule gab es allerdings auch Gegenstimmen:

Mara: „Also ich find' ... eigentlich wär's mir schon lieber, wenn's außerhalb der Schule wär', weil ich mag's nicht so gern, wenn Leute aus meiner Schule wissen, dass ich halt geraucht hab' oder so, darum hab' ich auch nie vor der Schule geraucht.“

Als weiteres Gegenargument wurde von einigen Teilnehmern angeführt, dass es grundsätzlich sinnvoller sei, den Kurs gleich außerhalb von Gebäuden, nämlich im Freien, wo sie am meisten rauchen, durchzuführen.

Durchführungszeit

In der Beantwortung der Frage, ob der Kurs während oder außerhalb der Unterrichtszeit stattfinden sollte, zeigte sich ein Unterschied zwischen Real- und Hauptschülern. Während sich die Hauptschüler spontan einhellig für eine Kursdurchführung während des regulären Unterrichts aussprachen, reflektierten die Realschüler diese Frage eingehender und waren schließlich mehrheitlich für eine Kursdurchführung außerhalb der Unterrichtszeit.

Dazu führten sie mehrere Argumente an:

- sie befänden sich in der Abschlussklasse und möchten daher keinen Unterrichtsstoff verpassen
- eine Kursdurchführung während der Unterrichtszeit berge die Gefahr, dass Schüler nur am Kurs teilnähmen, um dem Unterricht zu entkommen

Stefan: „Aber in der Unterrichtszeit ist doch eigentlich Schwachsinn, da kommen alle nur, um nicht im Unterricht zu sein und dann ist das hier so wie im Klassenzimmer. Da sollten nur die hingehen, die wo wirklich sagen, ich will des.“

Kosten

Die Frage, ob Jugendliche für die Kursteilnahme etwas zahlen sollten, wurde von allen spontan und einheitlich verneint und anschließend besonders von den Realschülern argumentativ unterfüttert. Demnach würden Kosten Jugendliche von vornherein von einer Teilnahme abschrecken:

Lisa-Marie: „Wenn man des selber zahlen soll, kommt keiner, kann ich mir nicht vorstellen. Also manche werden vielleicht sofort davon abgeschreckt, wenn es was kostet, geh' ich nicht hin. Wenn es nix kostet, schau' ich mal hin.“

Als weiteres Argument gegen eine Kostenbeteiligung wurde vermehrt angeführt, dass Jugendliche ohnehin kaum Geld zur Verfügung hätten, da sie noch nichts verdienten. Bei Erwachsenen sahen die meisten eine Aufwandsentschädigung für die Kursteilnahme gerechtfertigt.

Mara: „Also für Jugendliche oder Kinder, sagen wir bis 18 Jahre oder 20, sollte es schon umsonst sein. Weil wir arbeiten nicht und kriegen auch kein Geld. Also aber für Erwachsene halt, die könnten, die sollten schon irgendwas zahlen, aber nicht so teuer, dass es jetzt so 60 Euro pro Sitzung kostet oder so.“

Einige Teilnehmer schlugen vor, dass die Regierung bzw. die Krankenkasse für die Kursteilnahme aufkommen könnten.

Milena: „Weil es ist doch auch gut, wenn des von der Regierung irgendwie kommen würde, weil die machen doch auch diese Rauchverbote in Zelten und Kneipen und so.“

Rekrutierungsstrategien

Zu möglichen Werbestrategien hatten die Jugendlichen nur vage Vorstellungen. Zudem schienen sie die Schwierigkeit der Rekrutierung von Kursteilnehmern und damit verbunden die Relevanz und Bedeutung von passenden Werbearten nicht zu sehen.

Es wurden Flyer und Plakate genannt, die in der Schule verteilt werden könnten. Allerdings wurde in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass Flyer meist keine große Beachtung fänden und meist sofort weggeworfen würden. Einige wenige Teilnehmer wiesen darauf hin, dass es wichtig sei, Flyer zielgruppenorientiert ansprechend zu gestalten:

Thomas: „Aber nicht diese schmierigen Sprüche, sag' ich jetzt mal, sondern des muss echt sein, nicht so diese Jugendwerbung, von wegen ey voll cool ey. Das wird einfach vollkommen falsch dargestellt. Vielleicht irgendwas Lustiges, ein Witz vorne auf dem Flyer oder irgendsowas.“

Als weiteres Werbemittel wurde Musik vorgeschlagen, was aber nicht weiter spezifiziert werden konnte.

4.4.8 Punkte, die aus Sicht der Jugendlichen nicht in einem Tabakentwöhnungsprogramm enthalten sein sollten

Mehrere Teilnehmer nannten im Zusammenhang mit negativen Punkten strenge, schulähnliche Vorgaben, wie z.B. den Druck, sofort das Rauchen einstellen zu müssen.

Lisa-Marie: „Wenn es voll hart wäre, wenn es heißen würde, du musst jetzt bis morgen weniger rauchen und du musst bis nächste Woche aufhören zu rauchen und dass es keinen Ansporn gibt.“

Besonders das Fehlen von Lob, Unterstützung und Motivierung wurde von vielen Jugendlichen als negativ angesehen.

Thomas: „Wenn der Trainer so labern würde, wie schlecht das ist, also immer nur negativ und nicht auch mal schaut, was hilft dir denn und was hast du schon geschafft.“

Das Zeigen abschreckender Bilder von Raucherbeinen etc. wurde kontrovers bewertet. Während sich eine Minderheit der Teilnehmer für solche Bilder aussprach, war die Mehrheit der Jugendlichen dagegen und schätzte den Nutzen solcher Maßnahmen als gering ein.

Milena: „Wenn man da so ein ekliges Raucherbein sieht, guckt man hin, ekelt sich, und hat's wieder vergessen.“

Auf Basis der vorliegend Ergebnisse können alle Hypothesen der Fragestellungen 3c (Welche Motive gibt es für rauchende Jugendliche, an einem Gruppenentwöhnungsprogramm teilzunehmen?) und 3d (Wie müsste ein Tabakentwöhnungsprogramm und die Rahmenbedingungen aussehen, damit jugendliche Raucher daran teilnehmen) bestätigt werden.

5 Diskussion

5.1 Ausgangslage

Die Ausgangslage der vorliegenden Arbeit basiert auf dem aktuellen Stand der Forschung, demgemäß die Mehrheit der jugendlichen Raucher über eine Veränderung des Rauchverhaltens nachdenkt und zum Ausstieg motiviert ist.

Bezogen auf die Raucherquoten unter Jugendlichen gibt es schulspezifische Unterschiede. Der Anteil der rauchenden Schüler in Hauptschulen und Realschulen liegt deutlich über dem an Gymnasien. Hinsichtlich des Geschlechts hat sich das Rauchverhalten von Jungen und Mädchen in den letzten Jahren angeglichen. Bislang gibt es kaum vergleichende Daten zwischen Schulararten und Geschlecht bezogen auf die Ausstiegsmotivation.

Die meisten rauchenden Jugendlichen präferieren den Rauchstopp im Alleingang ohne Unterstützung. Allerdings stellt dieser Weg die am wenigsten erfolgreiche Methode dar. Gruppen-

entwöhnungsprogramme für rauchende Jugendliche erhöhen die Abstinenzrate signifikant. Sie sind besonders bei der Zielgruppe der Teenager relevant, da nur ein minimaler Anteil der jugendlichen Raucher trotz mehrheitlich vorhandener Ausstiegsmotivation den Rauchstopp ohne Unterstützung schafft. Ein zentrales Problem in Zusammenhang mit Tabakentwöhnungsprogrammen für Jugendliche stellt dementsprechend vor allem die Rekrutierung von Kursteilnehmern dar. Angesichts der Tatsache, dass bisherige Unterstützungsmaßnahmen wenig jugendorientiert ausgerichtet sind, ist die mangelnde Teilnahmebereitschaft von jugendlichen Rauchern an bestehenden Angeboten nicht verwunderlich.

Ziele der vorliegenden Arbeit waren die Bedarfsabklärung jugendlicher Raucher im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Unterstützung beim Rauchstopp und die Entwicklung eines theoriebasierten jugendspezifischen Tabakentwöhnungsprogramms, das anschließend auf seine Akzeptanz getestet werden sollte. Dazu wurde die Zielgruppe der rauchenden Jugendlichen befragt und die Forschungslage mittels Literaturanalyse und Expertenbefragung extrahiert.

5.2 Prüfung der Hypothesen

Tabelle 50 gibt einen Überblick über die Fragestellungen und Hypothesen, die für die vorliegende Arbeit aufgestellt wurden sowie die erzielten Ergebnisse.

Tabelle 50: Übersicht Hypothesen und Ergebnisse

Fragestellung 1:	
Wie kann ein theoretisch fundiertes, jugendspezifisches Tabakentwöhnungsmanual in seinen Inhalten und Rahmenbedingungen aussehen?	
Hypothese 1.1: Die Entwicklung eines inhaltlich jugendspezifischen, theoriebasierten Tabakentwöhnungsmanuals ist realisierbar.	Hypothese bestätigt. Ein inhaltlich komplett neues Tabakentwöhnungsprogramm für jugendliche Raucher liegt vor.
Hypothese 1.2: Es ist möglich, die Rahmenbedingungen eines Tabakentwöhnungsmanuals für Jugendliche zielgruppenorientiert zu gestalten.	Hypothese bestätigt. Die Rahmenbedingungen des Tabakentwöhnungsmanuals wurden der jugendlichen Zielgruppe angepasst.
Hypothese 1.3: Es ist möglich, jugendspezifische Rekrutierungsmaßnahmen zu erarbeiten.	Hypothese bestätigt. Zielgruppenspezifische Rekrutierungsmaßnahmen wurden erprobt.

<p>Fragestellung 2 a: Wird das Tabakentwöhnungsprogramm seitens der Teilnehmer akzeptiert?</p>	
<p>Hypothese 2a.1: Das inhaltlich und didaktisch jugendspezifisch ausgerichtete Tabakentwöhnungsprogramm wird von der Zielgruppe akzeptiert.</p>	<p>Hypothese bestätigt. Die Teilnehmer bewerteten den Spaßfaktor, das Design der Kursmaterialien, den Inhalt der Kursmaterialien, die Themen, die Trainerin und die Gruppe mit einer guten Note.</p>
<p>Hypothese 2a.2: Mit dem Manual, das durchgängig jugendspezifische motivierende und gruppendifferenzielle Elemente integriert, wird eine Haltequote von mindestens 60 % erreicht.</p>	<p>Hypothese bestätigt. Die Haltequote beträgt 100 %.</p>
<p>Fragestellung 2 b: Lassen sich aus der Pilotstudie Hinweise auf eine Wirksamkeit des Programms ableiten?</p>	
<p>Hypothese 2b.1: Am Ende des Kurses liegt die Abstinenzquote der Teilnehmer bei 30 %.</p>	<p>Hypothese bestätigt. Es wurde eine Abstinenzquote von 37 % erreicht.</p>
<p>Hypothese 2b.2: Die Motivation und die Zuversicht zur Veränderung des Rauchverhaltens nehmen über den Kursverlauf zu.</p>	<p>Hypothese bestätigt. Sowohl die Motivation als auch die Zuversicht nahmen über den Kursverlauf stetig zu.</p>
<p>Hypothese 2b.3: Über den Kursverlauf reduziert sich der Zigarettenkonsum der Teilnehmer.</p>	<p>Hypothese bestätigt. Der tägliche Zigarettenkonsum von durchschnittlich 11,3 Zigaretten ($SD = 5,2$) zu Kursbeginn fiel auf einen durchschnittlichen täglichen Konsum von 1,6 Zigaretten ($SD = 3,1$) am Kursende und 1,9 Zigaretten ($SD = 3,2$) am Ende der Nachbetreuung.</p>

Fragestellung 3a) Welche Unterstützung wollen rauchende Jugendliche beim Rauchausstieg?	
Hypothese 3a 1: Die Mehrheit der jugendlichen Raucher möchte keine Unterstützung beim Rauchstopp.	Hypothese bestätigt. In der Stichprobe der rauchenden Teilnehmer der Informationsveranstaltung wollten 74 % keine Unterstützung.
Hypothese 3a 2: Die Mehrheit der Jugendlichen, die aufhören wollen, möchte den Rauchausstieg alleine schaffen.	Hypothese bestätigt. Unter den rauchenden Jugendlichen ohne Unterstützungswunsch gaben 51 % an, den Rauchausstieg alleine zu schaffen.
Hypothese 3a 3: Unter den Unterstützungsmöglichkeiten wird soziale Unterstützung durch Freunde favorisiert.	Hypothese bestätigt. Unter den rauchenden Jugendlichen mit Unterstützungswunsch wollten 69 % Unterstützung durch Freunde.
Hypothese 3a 4: Die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Gruppenentwöhnungsprogramm ist gering.	Hypothese bestätigt. Für die Bereitschaft zur Teilnahme am angebotenen Tabakentwöhnungsprogramm ergab sich ein prozentualer Anteil von 32 % Rauchern.
Fragestellung 3 b) Bestehen geschlechts- oder schulspezifische Unterschiede hinsichtlich Unterstützungsbedürfnissen beim Rauchstopp?	
Hypothese 3b 1: Der Anteil der Aufhörfreudigen unter den Befragten ist bei weiblichen und männlichen Jugendlichen etwa gleich groß.	Hypothese bestätigt. Es wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.
Hypothese 3b 2: Gymnasiasten möchten weniger Unterstützung beim Rauchstopp als Hauptschüler.	Hypothese bestätigt. Schüler des Gymnasiums wollten deutlich weniger Unterstützung beim Rauchstopp als Real- u. Hauptschüler

Hypothese 3b 3: Gymnasiasten sind weniger bereit zur Kursteilnahme als Hauptschüler.	Hypothese bestätigt. Die Bereitschaft von Gymnasiasten zur Kursteilnahme lag deutlich unter der von Real- und Hauptschülern.
Fragestellung 3 c) Welche Motive gibt es für rauchende Jugendliche, an einem Gruppenprogramm nicht teilzunehmen?	
Hypothese 3c 1: Es besteht unter den Befragten insgesamt eine Unwissenheit, welche Aufhörmöglichkeiten es gibt.	Hypothese bestätigt.
Hypothese 3c 2: Die Mehrheit der Jugendlichen kennt Gruppenausstiegsprogramme nicht und ist zur Teilnahme nicht bereit.	Hypothese bestätigt.
Hypothese 3c 3: Die Mehrheit der Jugendlichen hat keine Vorstellung über den Inhalt und Ablauf eines Gruppenausstiegsprogramms und Vorurteile bzgl. eines Ausstiegsprogramms.	Hypothese bestätigt.
Hypothese 3c 4: Viele der Befragten haben Zweifel an einem gesteigerten Ausstiegserfolg durch eine Programmteilnahme und denken, dass sie es trotz Kurs nicht schaffen werden.	Hypothese bestätigt.
Hypothese 3c 5: Eine Kursteilnahme ist verbunden mit sozialer Abwertung durch das Umfeld.	Hypothese bestätigt.
Fragestellung 3 d) Wie müssten ein Tabakentwöhnungsprogramm und die Rahmenbedingungen aussehen, damit jugendliche Raucher daran teilnehmen?	
Hypothese 3d 1: Jugendliche Raucher sind zur Teilnahme an einem Gruppenausstiegsprogramm motiviert, wenn Freunde mitmachen.	Hypothese bestätigt.

Hypothese 3d 2: Jugendliche Raucher sind zur Teilnahme motiviert, wenn der Trainer kein Lehrer ist.	Hypothese bestätigt.
Hypothese 3d 3: Jugendliche Raucher sind zur Teilnahme motiviert, wenn sie im Kurs einen positiven Umgang (durch den Trainer) wahrnehmen.	Hypothese bestätigt.
Hypothese 3d 4: Die Teilnahmemotivation erhöht sich mit der Vergabe von Incentives.	Hypothese bestätigt.
Hypothese 3d 5: Die Teilnahmemotivation ist abhängig davon, ob der Kurs Spaß macht.	Hypothese bestätigt.

5.3 Wie kann ein theoretisch fundiertes, jugendspezifisches Tabakentwöhnungsmanual in seinen Inhalten und Rahmenbedingungen aussehen?

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit, wie ein theoretisch fundiertes, jugendspezifisches Tabakentwöhnungsmanual in seinen Inhalten und Rahmenbedingungen aussehen kann, konnte beantwortet werden. Bisherige Programme für Jugendliche sind mehrheitlich von Erwachsenenprogrammen abgeleitet (Hanewinkel & Geborg, 2006; Heppekausen et al., 2001; Lindinger, 2006; McDonald et al., 2003). Das bedeutet, dass sie sich an den kognitiven Interventionstechniken, die bei erwachsenen Rauchern erfolgreich angewandt werden, orientieren. Jugendliche weisen jedoch im Vergleich zu Erwachsenen weniger Struktur, Selbstreflektion und Handlungspläne auf. Diese Defizite müssen in der Programmkonzeption berücksichtigt und sowohl inhaltlich als auch didaktisch aufgefangen werden (Sussman & Sun, 2009). Jugendliche Raucher schwanken zudem – noch stärker als erwachsene Raucher – in ihrer Durchhaltemotivation (Pallonen, 1998). Auch dieser Aspekt muss beachtet werden. Der Hintergrund des Rauchverhaltens von Jugendlichen ist nicht mit dem von Erwachsenen gleichzusetzen (Conrad et al., 2004; Heppekausen et al., 2001; Schwarzer, 2004). Bestehende Jugendprogramme berücksichtigen nicht ausreichend die Bedürfnislage und den Entwicklungsstand von jugendlichen Rauchern und weisen keine theoretische Fundierung bzgl. der Inhalte auf (Fiore et al., 2008; Flay, 1985; Stern et al., 1987). In Anbetracht dieser Ausgangslage wurden im Rahmen der Entwicklung des vorliegenden Tabakentwöhnungsprogramms eine ausführliche Literaturanalyse betrieben und Expertenrat eingeholt, um dem Programm ein Konzept zur Ätiologie des Rauchverhaltens speziell von Jugendlichen zugrunde legen zu

können. Im vorliegenden Programm liegt der Fokus, im Gegensatz zu bestehenden Angeboten, statt auf kognitiven auf emotionalen Elementen, wie Musik, Slogans, gruppendifamischen Spielen, Quiz und Belohnungen und Psychoedukation zu Gefühlen. Kognitive Einheiten wurden möglichst kurz gestaltet, Arbeitsblätter enthalten dementsprechend wenig Text, viele Vorgaben und wurden auch im Design altersgerecht gestaltet und mit Bildern unterlegt. Kaum eines der bestehenden Jugend-Programme ist manualisiert und weist eine (zeitliche) Struktur auf (Lindinger, 2006). Gerade bei der Zielgruppe der jugendlichen Raucher ist es jedoch wichtig, Struktur und Durchhaltemotivation zu vermitteln (Sussman & Sun, 2009). Dies setzt ein zeitliches und strukturelles Programm-Konzept voraus. Aus diesem Grund wurde das gesamte Trainermanual des Ausstiegsprogramms „Losgelöst“ verschriftlicht und ausformuliert. Der Rolle des Trainers kommt bei der Arbeit mit Jugendlichen besondere Bedeutung zu. Daher wurden die Aufgaben des Trainers und die Anforderungen an ihn im Manual explizit dargestellt und zusätzlich für jedes der sechs Treffen explizit definiert. Um dem Trainer im Vorfeld der ersten Kursdurchführung möglichst viel Hintergrundwissen und Anleitung zu vermitteln, wurde dem eigentlichen Kursmanual der Teil „Basisinformationen“ vorgeschenkt. Dort werden bedeutsame Theorien und Modelle, welche die Grundlage für die inhaltliche Gestaltung des vorliegenden Ausstiegsprogramms bilden, beschrieben. Im zweiten Teil „Das Programm“ werden die Ziele, Rahmenbedingungen, Rekrutierungs- und Haltestrategien ausführlich dargestellt. Anschließend erfolgt die detaillierte Beschreibung der einzelnen Programminhalte. Ein weiterer Punkt, durch den sich das vorliegende Programm von bestehenden absetzt, ist die Vorgabe einer festen zeitlichen Struktur. Dies bezieht sich sowohl auf den Termin des Stopp-Tages, der für alle Kursteilnehmer einheitlich und verbindlich ist und somit nicht, wie in vielen anderen Programmen, von den Jugendlichen selbst bestimmt werden kann, als auch auf die zeitliche Planung der einzelnen Treffen, die möglichst eng aufeinander folgen, um die Durchhaltemotivation und das vermittelte Wissen aufrecht zu erhalten. Der Stopp-Tag wird im Vorfeld ausführlich besprochen und mittels einer Art Spielplan im Vorfeld durchlaufen und auf Risikosituationen untersucht. Als Novum wurde das fünfte Kurstreffen in Form eines Einzeltermins gestaltet und findet somit nicht im Gruppenverbund statt. Jeder Teilnehmer erhält einen Termin für ein 15-minütiges Gespräch mit dem Trainer, in welchem der individuelle aktuelle Rauchstatus, mögliche Veränderungsziele und eventuell vorhandene Schwierigkeiten besprochen werden können. Auf diese Weise wird der Tatsache, dass Jugendliche aufgrund ihres Entwicklungsstands, verglichen mit Erwachsenen, noch mehr individuelle Betreuung und Anleitung benötigen, entsprochen. Im Anschluss an das letzte Treffen erfolgt eine Nachbetreuung per SMS und Anruf. Die SMS-Botschaften werden individuell an

den Rauchstatus der einzelnen Teilnehmer angepasst. Der Einfluss von Gleichaltrigen und der Familie sind im Teenager-Alter besonders hoch, daher wird das soziale Umfeld der Jugendlichen wie auch die erlebte Selbstwirksamkeit der Jugendlichen thematisch mehrfach in die Treffen eingebaut. „Wie lehne ich gegenüber Freunden eine Zigarette ab?“ „Was und wer bin ich, wenn ich kein Raucher mehr bin?“ Fragen dieser Art sind für Jugendliche zentral und stellen schwierige Herausforderungen dar, die sowohl theoretisch als auch praktisch und wiederholt aufgegriffen werden.

Es liegt ein neues Tabakentwöhnungsprogramm vor, das im Gegensatz zu bestehenden Programmen evidenzbasiert ist und inhaltlich und didaktisch jugendspezifisch ausgerichtet wurde.

5.4 Wird das Tabakentwöhnungsprogramm seitens der Teilnehmer akzeptiert?

Das neu entwickelte Tabakentwöhnungsprogramm „Losgelöst“ wurde im Rahmen einer Pilot-Studie erstmals durchgeführt. Für die Akzeptanz des Kurses spricht wie kein anderer Indikator die Haltequote von 100 %. Da nur eine Trainerin (Autorin der vorliegenden Arbeit) alle Kurse durchführte, ist unklar, ob es lediglich an ihr lag. Dagegen spricht, dass die Kurselemente, also Themen, Inhalte und Materialien durchgängig mit mindestens „gut“ bewertet wurden. Auch der Spaßfaktor lag stets zwischen „sehr gut“ und „gut“. Allein für das vierte Treffen, das Treffen nach dem Rauchstopp, ergab sich nachvollziehbarer Weise ein Ausreißerwert ins Negative. Die Gruppe musste sich anscheinend erst „zusammenraufen“, ihre Noten wurden über den Verlauf besser. Aus der sozialpsychologischen Forschung ist bekannt, dass die Kohäsion einer Gruppe mit dem Therapieergebnis korreliert (Yalom, 2005). Basierend auf diesem Wissen kann davon ausgegangen werden, dass die zunehmende Gruppenkohäsion, die sich über den Kursverlauf entwickelt hat, positiv zu der stabilen Haltequote und der steigenden Motivation und Zuversicht der Jugendlichen beitrug. Die durchgehend positive Beurteilung des Programms durch die Jugendlichen schließt sowohl die einzelnen Treffen als auch die Nachbetreuung per sms und Anruf ein. Gerade der häufige Kontakt per Sms kam bei den Teilnehmern gut an und hat ihnen bei der Aufrechterhaltung des Rauchstopps geholfen.

Während es fast keine Geschlechterunterschiede in der Inanspruchnahme und Akzeptanz des Angebots gab, ist die Adäquatheit des Ausstiegskurses für alle Schultypen zu diskutieren. Die Gymnasiasten wurden von dem Programm weniger angesprochen, beurteilten es im Vergleich zu den anderen Schultypen weniger gut und schienen davon in Hinblick auf den Rauchstopp weniger zu profitieren. Statistisch abgesicherte Schlussfolgerungen sind auf Basis der Pilotstudie nicht möglich. Allerdings lässt sich kein plausibler Grund dafür finden, anzunehmen,

dass Gymnasiasten von dem Programm weniger profitieren sollten als Real- und Hauptschüler.

Auf Basis der bisherigen Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass das vorliegende Programm variabel einsetzbar ist und neben der Schule als Durchführungsstort auch auf andere Settings übertragen werden kann.

Bezogen auf die Rekrutierung war die durchgeführte Informationsveranstaltung für die Motivierung der Jugendlichen sicherlich notwendig, um den Schüler einen ersten Einblick in das Programm zu vermitteln. Allerdings reichte sie allein zur Teilnahmemotivation nicht aus. Ohne die zusätzliche mehrmalige persönliche Ansprache vor und während des Kurses wäre die Zielgruppe nicht so erreicht worden. Obwohl 30 bis 40 % der aufhörfwilligen Raucher nach der Veranstaltung erklärten, ein Gruppenprogramm zur Unterstützung in Betracht zu ziehen oder konkret an „Losgelöst“ teilzunehmen, brauchte es ergänzend und wiederholt die persönliche Ansprache durch die Trainerin und/ oder Lehrkräfte bzw. Sozialpädagogen, um den Schritt zwischen Einstellung und Verhalten, also Kursteilnahme zu realisieren.

Ein wichtiger Punkt, der noch weiterer Untersuchung bedarf, ist die Bedeutung von Incentives als (ergänzende) Rekrutierungsstrategie und als Mittel zur Stabilisierung der Haltquote. An allen Schulen, an denen finanzielle Incentives für die Teilnahmebereitschaft eingesetzt wurden, meldeten sich genügend Teilnehmer, um einen Kurs durchzuführen. Für weiterführende Schlussfolgerungen ist die Stichprobe an Schulen zu klein. Allerdings fällt der durchschlagende Erfolg der Incentives auf. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den Aussagen, die die rauchenden Teilnehmer im Rahmen der Befragung zu der Infoveranstaltung machten. Dort fand sich an keinem der drei Schultypen eine Mehrheit für Incentives. In den qualitativen Gruppendiskussionen konnten die Schüler, die im Vorfeld am Kurs teilgenommen hatten, die Frage, ob sie auch ohne Gutscheine am Kurs teilgenommen hätten, nicht einhellig beantworten. Die Gutscheine wurden entweder als attraktives Incentive gesehen oder aber als entscheidende Voraussetzung für die Teilnahme.

5.5 Lassen sich aus der Pilotstudie Hinweise auf eine Wirksamkeit des Programms ableiten?

Inwiefern das neu entwickelte Ausstiegprogramm für Jugendliche die Zielgruppe erreicht, von ihr akzeptiert wird und durchführbar ist, kann in den Grenzen der durchgeführten Pilotstudie (6 Schulen, 4 Kurse, 30 Teilnehmer) klar beantwortet werden. Aufhörfwillige Raucher ließen sich auf das Programm ein und beurteilten es positiv. Erste Hinweise lassen eine zufriedenstellende Wirksamkeit erwarten: Der durchschnittliche Zigarettenkonsum der Jugendlichen pro Tag sank ab Kursbeginn kontinuierlich deutlich ab. Eine Aufhörquote von 37 %

am Ende des Kurses und am Ende der Nachbetreuung wäre, wenn sie in einer aussagekräftigeren Studie repliziert werden könnte, als Erfolg zu werten. Bei einer Stichprobengröße von $n = 30$ allerdings kann man diese Beobachtung als Hinweis darauf werten, dass der Kurs für die Jugendlichen eine Hilfe auf ihrem Weg zum rauchfreien Leben darstellt. Schließlich bejahen auch alle rauchfreien Jugendlichen, dass der Kurs ihnen beim Rauchstopp geholfen habe. Die Änderungsmotivation und Zuversicht nahmen über den Kursverlauf ab dem ersten Treffen stetig zu. Allein in der vierten Stunde war ein kleiner Motivationsdämpfer zu verzeichnen. Nach dem erfolgten Rauchstopp mit den damit zusammen gehörigen Unannehmlichkeiten waren die Teilnehmer im Durchschnitt wieder weniger motiviert, was dann aber durch die Einzeltreffen wieder aufgefangen werden konnte. Trotz des Motivationsknicks beim vierten Treffen blieb die Haltequote über den Kursverlauf konstant.

Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit um die erste Studie in Deutschland, die spezifische Prozessmerkmale zu Tabakentwöhnungsprogrammen bei Jugendlichen untersucht. Bislang liegen in Deutschland dahingehend keine Ergebnisse vor. Aus diesem Grund ist die Einordnung der Befunde schwierig. Auf internationaler Ebene gilt die Publikation von Sussman et al. zur Evaluation des Tabakentwöhnungsprogramms „Project EX“ als derzeit beste Evaluationsstudie ($n = 330$, Nachtest, 3-Monats-Follow-Up, 30-Tage-Abstinenz, Kontrollgruppendesign) (Sussman et al., 2001; Sussman et al., 2004). Die Abstinenzquote der Kursteilnehmer lag im Nachtest mit 30 % statistisch signifikant über der Kontrollgruppe (16 %). Das Follow-Up nach drei Monaten ergab bei den Kursteilnehmern eine Abstinenzquote von 19 % vs. 10 % bei der Kontrollgruppe. Verglichen mit diesen Ergebnissen, liegt die Abstinenzquote des vorliegenden Programms knapp über der des Project Ex.

5.6 Welche Unterstützung wollen rauchende Jugendliche beim Rauchausstieg? Bestehen geschlechts- oder schulspezifische Unterschiede hinsichtlich Unterstützungsbedürfnissen beim Rauchstopp?

Die Mehrheit der rauchenden Jugendlichen (74 %), die an der Informationsveranstaltung teilgenommen hatten, gab an, keine Unterstützung beim Rauchstopp zu wollen. Davon begründeten 55 % ihren Standpunkt damit, nicht mit dem Rauchen aufhören zu wollen und 51 % damit, den Rauchausstieg alleine zu schaffen (es waren Mehrfachantworten möglich). Diese Ergebnisse spiegeln den aktuellen Stand der Forschung wider (siehe 2.4.1). Der Anteil der aufhörfreudigen Raucher, lag in der Hauptschule mit 65 % höher als in den anderen beiden Schultypen (etwa 40 %). Es waren deutlich weniger rauchende Gymnasiasten an Unterstützung interessiert als rauchende Realschüler und Hauptschüler. Eine Einordnung dieser Ergebnisse ist schwierig, da es in Deutschland bezogen auf die schul- und geschlechtsspezifische

Ausstiegsmotivation und den Unterstützungsbedarf keine vergleichbaren Daten gibt. Bezogen auf den Datensatz der Informationsveranstaltung zeigten sich in keinem der untersuchten Bereiche geschlechtsbezogene signifikante Unterschiede. Dieses Ergebnis kann in die in den letzten Jahren in Deutschland eingetretene Entwicklung eingeordnet werden, wonach sich das Rauchverhalten von Jungen und Mädchen zunehmend angenähert hat (BZgA, 2006; BZgA, 2008; Lampert & Thamm, 2007).

Bezogen auf die Art der Unterstützung wurde mit 70 % erwartungsgemäß Unterstützung durch Freunde genannt. Der Anteil der rauchenden Jugendlichen, die sich Hilfe durch ein Gruppenentwöhnungsprogramm wünschten, lag mit 42 % überraschend hoch. Die insgesamt nur mittelmäßige Bewertung der im Fragebogen vorgeschlagenen Unterstützungs möglichkeiten (17 %: Unterstützung in Form von Einzelberatung, 8 %: Infomaterialien, 6 %: Telefonberatung, 3 %: Internetselbsthilfeportale) gibt einen Hinweis darauf, dass jugendliche Raucher nur wenig Wissen zu den genannten Hilfen haben und daher nur wenig Bereitschaft zeigten, diese in Anspruch zu nehmen. Diese Annahme wird durch die Ergebnisse der qualitativen Gruppendiskussionen bestärkt. Es ergaben sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Art der Unterstützung bezogen auf die Schulart: Hauptschüler wollten mehr Unterstützung durch die Familie als Schüler des Gymnasiums und der Realschule. Gymnasiasten gaben deutlich häufiger als Real- und Hauptschüler an, Ausstiegshilfe durch Informationsmaterialien wie Broschüren und Bücher in Anspruch nehmen zu wollen. Diese Tendenzen spiegelten sich auch in den praktischen Erfahrungen der Kursdurchführung wider: Unter den Haupt- und Realschülern wurden das Thema Familie und Freunde öfter von den Kursteilnehmern aufgegriffen als in dem Kurs im Gymnasium. Dort lag der von den Teilnehmern gewählte Fokus primär auf der persönlichen Einstellung zum Zigarettenkonsum und den wahrgenommenen Vor- und Nachteilen einer Veränderung des Rauchverhaltens.

Das in der Informationsveranstaltung vorgestellte Tabakentwöhnungsprogramm „Losgelöst“ wurde je nach Schultyp unterschiedlich bewertet. Die Bereitschaft zur Kursteilnahme lag insgesamt bei 32 %, wobei der Anteil der Gymnasiasten deutlich unter dem der Real- und Hauptschüler lag. Rauchende Hauptschüler fanden den Kurs deutlich spannender als Schüler des Gymnasiums und der Realschule. Real- und Hauptschüler begründeten ihr Interesse am Programm, anders als Gymnasiasten, auch mit der Aussage, den Rauchausstieg alleine nicht zu schaffen. Diese Resultate deuten darauf hin, dass Haupt- und Realschüler bezogen auf den Rauchstopp mehr Unterstützung benötigen und auch wünschen als Gymnasiasten. Im Zusammenhang mit einer Bewertung des Kursangebots fand die Aussage, der Kurs sei uncool, mit einem prozentualen Anteil von insgesamt 8 % erstaunlich geringe Bestätigung. Dieses

Ergebnis kann in die Richtung interpretiert werden, dass Jugendliche keine konkrete Vorstellung von einem Gruppenentwöhnungsprogramm haben, grundsätzlich davon nicht abgeneigt sind, aber auch keine hohe Bereitschaft zur konkreten Inanspruchnahme haben. Es besteht hier eine Diskrepanz zwischen Einstellung und Verhalten (Miller & Rollnick, 1991), also Kursteilnahme, die als Hinweis dafür interpretiert werden kann, dass mehr jugendspezifische Aufklärung und Informationsvermittlung bzgl. Unterstützungs-möglichkeiten und konkret zu Gruppenentwöhnungsprogrammen durchgeführt werden muss. Eine Bewertung des Kurs-Angebots als „uncool“ würde eine bereits vorhandene Einstellung und Haltung dazu voraussetzen.

Im schulspezifischen Vergleich konnten in der Haupt- und Realschule über die Informationsveranstaltung etwa 40 % der aufhörwilligen Raucher bzw. 20 bis 30 % der Raucher für den Kurs rekrutiert werden. Im Gymnasium kam kein Kurs zustande. Die im Rahmen der Pilot-Studie berücksichtigten rauchenden Haupt- und Realschüler wollten insgesamt mehr Unterstützung beim Rauchstopp und zeigten in diesem Zusammenhang auch deutlich größeres Interesse an Gruppenentwöhnungsprogrammen als Gymnasiasten. Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass Haupt- und Realschüler ein anderes Angebot an Unterstützung benötigen als Gymnasiasten, allerdings basieren sie auf einer sehr selektiven, kleinen Stichprobe. Daher lassen sich daraus keine repräsentativen Schlussfolgerungen ableiten. Weitere Forschung zum Unterstützungsbedarf jugendlicher Raucher ist daher erforderlich.

5.7 Welche Motive gibt es für rauchende Jugendliche, an einem Gruppenprogramm nicht teilzunehmen?

Wie müssten ein Tabakentwöhnungsprogramm und die Rahmenbedingungen aussehen, damit jugendliche Raucher daran teilnehmen?

Die im Rahmen der qualitativen Gruppendiskussionen aufgestellte Hypothese, dass unter rauchenden Jugendlichen weitgehend Unwissenheit bezogen auf Aufhörmethoden herrscht, bestätigte sich. Die befragten Schüler verfügten über kein fundiertes Wissen bezogen auf Methoden zum Rauchstopp. Bisherige Informationsaktionen zu rauchbezogenen Unterstützungs-möglichkeiten gingen somit an der jugendlichen Zielgruppe vorbei. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu Befunden der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, wonach immerhin 29 % der Befragten jugendlichen Raucher angaben, in den letzten 12 Monaten eine Infobroschüre oder sonstiges Informationsmaterial zum Thema Nichtrauchen gelesen zu haben (BZgA, 2006). Die Bekanntheit der BZgA-Rauchfrei-Kampagne lag gemäß der Untersuchung bei 86 % bezogen auf jugendliche Raucher in der Altergruppe von 12 bis 15 Jahren. Die an den qualitativen Gruppendiskussionen teilnehmenden Jugendlichen hatten dagegen

bislang weder von der Rauchfrei-Kampagne noch von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung etwas gehört. Eine Erklärung für diese unterschiedlichen Befunde bedarf einer weiteren repräsentativen Untersuchung.

Speziell von Gruppenentwöhnungsprogrammen hatten die Diskussionsteilnehmer im Vorfeld ebenfalls kaum etwas gehört. Dementsprechend hatten die meisten auf Unkenntnis fußende Vorbehalte gegenüber Ausstiegsprogrammen und waren zu einer Teilnahme nicht motiviert. Die Befragten hatten Schwierigkeiten, sich vorzustellen, wie ein derartiges Programm in seinen Inhalten und im Ablauf aussehen könnte. Im Zusammenhang mit Gruppenentwöhnungsprogrammen herrscht unter jugendlichen Rauchern ein diffuses Halbwissen, das durch Gleichaltrige noch verstärkt wird: Als weiteren Grund, der gegen den Besuch eines Gruppenentwöhnungsprogramms sprach, wurde die Befürchtung von Mobbing durch Gleichaltrige genannt. Die Programmteilnahme werde von Mitschülern und Freunden als Eingeständnis von Schwäche gewertet. Alle befragten Schüler hatten bereits mehrmals ohne Unterstützung erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Dennoch hatte die Mehrheit der Diskussionsteilnehmer, die zuvor nicht am Kurs teilgenommen hatten, Schwierigkeiten, die Relevanz eines Kurses zu sehen. Es herrschte trotz der berichteten fehlgeschlagenen Ausstiegsversuche die Meinung, dass Voraussetzung für einen erfolgreichen Rauchstopp ausschließlich der eigene Wille sei. Die Möglichkeit, dass die Teilnahme an einem Programm die Erfolgschancen für einen Ausstieg steigern könnte, wurde nicht gesehen. Derartige Angebote wurden als „Psychokram“ abgetan. Neben der geschilderten Abneigung war bei den Jugendlichen aber auch eine gewisse Neugier und Motivation vorhanden, das gegenüber Gruppenentwöhnungsprogrammen herrschende Halbwissen aufzubessern und mehr über derartige Angebote zu erfahren. Ein Bonuspunkt für Gruppenangebote im Vergleich zu anderen Unterstützungsarten stellte aus Sicht der Jugendlichen die Tatsache dar, dass man zusammen mit Freunden teilnehmen könnte. Auch die Diskussionsteilnehmer, die im Vorfeld am Kurs teilgenommen hatten, berichteten, dass die Teilnahme von Freunden am Programm für sie ausschlaggebend gewesen war. Der soziale Faktor stellt somit eine ausbaufähige Möglichkeit dar, jugendliche Raucher für das Programm zu gewinnen. An wichtigen Bestandteilen eines Gruppenprogramms wurden mehrere Aspekte genannt: Die Jugendlichen wollen sich ernst genommen fühlen und zu dem Trainer nicht in einem klassischen Lehrer-Schüler-Verhältnis stehen. Mehrfach wurde der Spaßfaktor genannt: Das Programm sollte nicht ernst und streng gestaltet sein, sondern durch Spiele und gemeinsame Aufgaben aufgelockert sein. In der Prozessevaluation des Programms „Losgelöst“ spiegeln sich diese Aspekte wieder. Das Kurskonzept fokussiert in allen Treffen explizit einen möglichst hohen Spaßfaktor und erhielt in diesem

Punkt auch durchwegs gut bis sehr gute Bewertungen von den Kursteilnehmern. Diese Daten sprechen, ergänzt um die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung, dafür, dass das Programm einen vielversprechenden Ansatz verfolgt.

Es herrscht unter den rauchenden Teenagern bezogen auf Gruppenentwöhnungsprogramme insgesamt ein „Annäherungs-Vermeidungskonflikt“ zwischen Neugier und Abneigung, der zugleich die Chance bietet, das Interesse der Jugendlichen durch gezieltere altersgerechte Öffentlichkeitsarbeit zu erhöhen.

5.8 Generalisierbarkeit

Die Schlussfolgerungen bezogen auf die vorliegende Arbeit werden in ihrer Generalisierbarkeit vor allem durch drei Faktoren begrenzt: die geringe Anzahl an evaluierten Kursen ($n = 4$), die geringe Anzahl an durchführenden Kursleitern ($n = 1$) und die fehlende Kontrollgruppe. Bezogen auf die Durchführung der qualitativen Gruppendiskussionen waren die Fokusgruppen nicht randomisiert zusammengesetzt, sondern setzten sich aus ehemaligen Kursteilnehmer und rauchenden Haupt- und Realschülern zusammen, die freiwillig an den Diskussionen teilnahmen. Es herrscht somit insgesamt das Problem der fehlenden Repräsentativität. Basierend auf den Erfahrungen der Pilotstudie lässt sich sagen, dass das Programm von einer hoch qualifizierten und engagierten Fachkraft, die das Programm mit entwickelt hat, erfolgreich in Haupt- und Realschulen im Großraum München durchgeführt werden kann. Inwiefern dies auch auf andere qualifizierte und engagierte Kursleiter in Schulsystemen des gesamten Bundesgebiets zutrifft, ist nicht bekannt. Treffen diese Kursleiter auf vergleichbare Rahmenbedingungen was Erreichung, Akzeptanz und Durchführbarkeit betrifft, die Voraussetzung für ähnliche Erfolge wären? Erst wenn diese Frage im Rahmen einer Machbarkeitsstudie bejaht werden kann, ist eine kontrollierte Wirksamkeitsstudie sinnvoll.

5.9 Ausblick

Das neu beantragte und von der BZgA bewilligte Forschungsvorhaben „Bundesweite Machbarkeitsstudie: Prozessevaluation eines neu entwickelten Ausstiegsprogramms für jugendliche Raucher“ greift diese Fragen auf. Es wird die Implementation des Programms in bundesweit unterschiedliche Schulsysteme sowie die Übertragbarkeit der im Großraum München erzielten Ergebnisse hinsichtlich Erreichbarkeit der Zielgruppe jugendlicher Raucher, Akzeptanz und kurzfristiger Wirksamkeit des Programms untersucht. Erbringt dieses Vorhaben zufriedenstellende Ergebnisse, soll in einem nachfolgenden Forschungsprojekt die Effektivität des Programms im Rahmen eines hochwertigen methodischen Designs unter Beweis gestellt werden.

In den aktuellen Richtlinien von Fiore et al. (2008) steht folgende Schlüsselempfehlung für den Erwachsenenbereich: „Tobacco dependence treatments are both clinically effective and highly cost-effective relative to interventions for other clinical disorders. Providing coverage for these treatments increases quit rates.“ Diese Empfehlung sollte zukünftig erst recht auch für den Jugendbereich Beachtung finden und umgesetzt werden. Die Voraussetzung für die langfristige Implementierung von Tabakentwöhnungshilfen für jugendliche Raucher ist jedoch, dass evidenzbasierte, zielgruppenorientierte Angebote existieren, auf die zurückgegriffen werden kann.

Zusammengefasst weisen die Ergebnisse dieser Pilotstudie darauf hin, dass mit dem vorliegenden Manual ein Tabakentwöhungsprogramm zur Verfügung steht, dass jugendliche Raucher erreicht, anspricht und in der Maßnahme hält. Die bisher verfügbaren Daten lassen eine Wirksamkeit annehmen, die internationalen Erfahrungen entspricht, d.h. es wurden kurzfristige Erfolgsquoten erreicht, die sogar höher als die der qualitativ hochwertigsten Wirksamkeitsstudie liegen.

Zusammenfassung

Ausgangslage/ Fragestellung

Interventionen im Bereich Tabakkonsum von Jugendlichen stellen bislang ein schwieriges Forschungsgebiet dar, in dem viele theoretische und praktische Fragen offen sind. So haben sich Wissenschaft und Praxis bislang kaum damit beschäftigt, wie jugendliche Raucher *besser erreicht* werden können und welche *jugendspezifischen Inhalte* die Haltequoten und die Wirksamkeit von Ausstiegsprogrammen erhöhen könnten. Zentral ist die Frage, was das Besondere an jugendlichen im Vergleich zu erwachsenen Rauchern ist und welche jugendspezifischen Inhalte ein solches Ausstiegsprogramm folglich haben muss. Gerade in diesem Bereich, in dem nur geringes Wissen über die Wirksamkeit bestehender Konzepte und Elemente herrscht, stellt das Ableiten von Inhalten aus theoretischen Modellen und Theorien eine Alternative zum bisherigen Vorgehen dar, bei dem in der Mehrzahl Erwachsenenprogramme auf die Zielgruppe der jugendlichen Raucher übertragen wurden. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit folgende Fragestellungen abgeleitet: (1) Wie kann ein theoretisch fundiertes, jugendspezifisches Tabakentwöhnungsmanual in seinen Inhalten und Rahmenbedingungen aussehen? (2) Wird ein solches Tabakentwöhnungsprogramm seitens der Teilnehmer akzeptiert? Lassen sich aus der Pilotstudie Hinweise auf eine Wirksamkeit des Programms ableiten? (3) Wie sieht die Bedürfnislage jugendlicher Raucher hinsichtlich Unterstützung beim Rauchstopp aus?

Material/ Methoden

Auf Grundlage einer ausführlichen Literaturanalyse, bestehender Tabakentwöhnungsprogramme und unter Einbezug eines Expertenrats wurde ein neues, theoriebasiertes Tabakentwöhnungsprogramm für 13 bis 17-jährige Jugendliche entwickelt, das auf Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und der Motivierenden Gesprächsführung beruht. In einer Pilotstudie wurden die Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie die Akzeptanz und Durchführbarkeit des Programms untersucht. Im Rahmen einer quantitativen Erhebung wurden rauchende Schüler allgemein ($n = 523$) sowie die Teilnehmer des Programms ($n = 30$) schriftlich befragt. Daneben wurden qualitative Gruppeninterviews mit rauchenden Schülern ($n = 27$) durchgeführt, um die Einstellungen der Zielgruppe zu Tabakentwöhnungsprogrammen zu erfassen.

Ergebnisse

Das neu entwickelte Tabakentwöhnungsprogramm beinhaltet ein ausgearbeitetes Konzept für eine Informationsveranstaltung als Rekrutierungsstrategie, ein detailliertes, ausformuliertes Kursleitermanual sowie Arbeitsmaterialien für die Teilnehmer und umfasst sechs 60- bzw.

90-minütige Treffen. Im Anschluss an die letzte Kursstunde erfolgt eine Nachbetreuung der Kursteilnehmer über einen Zeitraum von 4 Wochen per sms und Anruf.

Im Rahmen der Pilotstudie kamen insgesamt vier Kurse mit 30 Teilnehmern (17 w, 13 m) zustande, die zwischen 13 und 17 Jahre (Durchschnittsalter 14,9) alt waren. Der tägliche Zigarettenkonsum zu Kursbeginn lag bei durchschnittlich 11,03 Zigaretten. Alle Teilnehmer beendeten den Kurs planmäßig (Haltequote 100 %). Die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten reduzierte sich auf 1,6 zu Kursende bzw. auf 1,9 am Ende der Nachbetreuung. Die Abstinenzquote lag zu beiden Zeitpunkten bei 37 %.

Die Frage nach Hilfen beim Aufhören konnten die Befragten in den Gruppendiskussionen insgesamt nur vage beantworten. Es zeigt sich, dass die Jugendlichen keine konkreten Vorstellungen zum Thema Aufhören und zur Relevanz von Aufhörhilfen haben. Keiner der Befragten hatte im Vorfeld von Gruppenentwöhnungsprogrammen gehört. Der größere Teil der Befragten äußerte sich eher zögerlich und ablehnend bzgl. der Teilnahme an einem Kurs. Es zeigte sich zugleich, dass die Jugendlichen keinerlei Vorstellung von einem Tabakentwöhnungsprogramm und seinem Inhalt hatten.

Diskussion

Die Voraussetzung für eine effektive Versorgung jugendlicher Raucher ist die Implementierung von evidenzbasierten, zielgruppenorientierten Tabakentwöhnungshilfen. Zusammenfassend weisen die Ergebnisse dieser Pilotstudie darauf hin, dass mit dem vorliegenden Manual ein Programm zur Verfügung steht, dass jugendliche Raucher erreicht, anspricht und in der Maßnahme hält. Die bisher verfügbaren Daten lassen eine Wirksamkeit annehmen, die internationalen Erfahrungen entspricht. Allerdings werden die Schlussfolgerungen bezogen auf die vorliegende Arbeit in ihrer Generalisierbarkeit vor allem durch die geringe Anzahl an evaluierten Kursen ($n = 4$) und durchführenden Kursleitern ($n = 1$) sowie die fehlende Kontrollgruppe begrenzt.

Ausblick

Die vorliegende Arbeit zeigt weiteren Forschungsbedarf vor allem im Hinblick auf die Rekrutierung von jugendlichen Rauchern zu Gruppenprogrammen sowie die Aufrechterhaltung der erzielten Effekte auf. Die Implementation des Programms in bundesweit unterschiedliche Schulsysteme sowie die Übertragbarkeit der Ergebnisse werden in einer Anschlussstudie näher untersucht.

Literatur

- AHCPR The Agency for Health Care Policy and Research (1996). Smoking cessation: Clinical Practice Guideline. *Journal of American Medical Association*, 275, 1270-1280.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., Madden, T.J. (1986). Prediction of goal directed behaviour: attitude, intentions and perceived behavioural control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Akers, R.L. & Lee, G. (1996). A longitudinal test of social learning theory. Adolescent smoking. *Journal of Drug Issues*, 26, 317-343.
- Al-Delaimy, W.K., White, M.M, Pierce, J.P. (2006). Adolescents' perceptions about quitting and nicotine replacement therapy: findings from the California Tobacco Survey. *Journal of Adolescent Health*, 38, 465-468.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington: American Psychiatric Association.
- Amos, A., Wiltshire, S., Haw, S., McNeill, A. (2006). Ambivalence and uncertainty: Experiences of and attitudes towards addiction and smoking cessation in the mid-to-late teens. *Health Education Research*, 21(2), 181-191.
- Anthony, J.C., Warner, L.A., Kessler, R.C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2, 244-268.
- Ary, D.V., Tildesley, E., Hops, H., & Andrews, J. (1993). The influences of parent, sibling, and peer modelling and attitudes on adolescent use of alcohol. *The International Journal of the Addictions*, 28 (9), 853-880.
- Aveyard, P., Markham, W.A., Almond, J., Lancashire, E., Cheng, K.K. (2003). The risk of smoking in relation to engagement with a school-based smoking intervention. *Social Science & Medicine*, 56, 869-882.
- Backinger, C.L., McDonald, P., Ossip-Klein, D.J., Colby, S.M., Maule, C.O., Fagan, P., Husten, C., Colwell, B. (2003). Improving the future of youth smoking cessation. *American Journal of Health Behavior*, 27, Suppl. 2, 170-184.
- Baillie, L.E., Lovato, C.Y., Rutherford, M.B., Smith, M. (2008). The pit and the pendulum: the impact on teen smokers of including a designated smoking area in school tobacco control policy. *Health Education Research*, 23 (6), 1008-1015.
- Baillie, A.J., Mattick, R., Hall, W., Webster, P. (1994). Meta-analytic review of the efficacy of smoking cessation interventions. *Drug and Alcohol Review*, 13, 157-170.
- Balch, G.I., Tworek, C., Barker, D.C., Sasso B., Mermelstein R.J., Giovino G.A. (2004). Opportunities for youth smoking cessation: Findings from a national focus group study. *Nicotine and Tobacco Research*, 6, 9-17.
- Balch, G.I. (1998). Exploring Perceptions of Smoking Cessation among High School Smokers: Input and Feedback from Focus Groups. *Preventive Medicine*, 27 (5.2), A55-A63.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Batra A., Schütz, C.G., Lindinger, P. (2006). Tabakabhängigkeit. In: L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, W. Gaebel (Hrsg.). *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen* (S. 91-142). Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bauman, K.E., Carver, K., Gleiter, K. (2001). Trends in parent and friend influence during adolescence: The case of adolescent cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 26, 349-361.
- Bauman, K.E., Foshee, V.A., Linzer, M.A. et al. (1990). Effect of parental smoking classification on the association between parental and adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 15, 413-422.
- Bauman, K.E. & Ennett, S.T. (1996). On the importance of peer influence for adolescent drug use: Commonly neglected considerations. *Addiction*, 91, 185-198.

- Baumeister, S., Stonner, T.K., Metz, K., Kraus, L. (2007). Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. (Tobacco use, nicotine dependence and trends. Results of the 2006 Epidemiological Survey of Substance Abuse). In press.
- Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Best, J.A., Thomson, S.J., Santi, S.M., Smith, E.A., & Brown, K.S. (1988). Preventing cigarette smoking among school children. *Annual Review of Public Health*, 9, 161-201.
- Biener, L. & Siegel, M. (2000). Tobacco Marketing and Adolescent Smoking: More Support for a Causal Inference. *American Journal of Public Health*, 90 (3), 407-411.
- Biglan, A., Duncan, T.E., Ary, D.V., Smolkowski, K. (1995). Peer and Parental Influences on Adolescent Tobacco Use. *Journal of Behavioral Medicine*, 18 (4), 1995.
- Breslau, N., Peterson, E. (1996). Smoking cessation in youth adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*, 86, 214-220.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Brown, B.B., Mory, M.S., & Kinley, D. (1994). Casting adolescent crowds in a relational perspective: Caricature, channel, and context. In R. Montemayor, G.R. Adams, & T.P. Gullota (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (123-167). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Forschungsbericht 310 Gesundheitsforschung. BMGS, München.
- Burt, R., & Peterson, A. (1998). Smoking cessation among high school seniors. *Preventive Medicine*, 27, 319-327.
- Byrne, D.G., Byrne, A.E., Reinhart, M.I. (1995). Personality, Stress and the Decision to Commence Cigarette Smoking in Adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 53-62.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006). Förderung des Nichtrauchens. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007). Förderung des Nichtrauchens von Jugendlichen 2007. Eine Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol- Tabak- und Cannabiskonsum. Erste Ergebnisse zu aktuellen Entwicklungstrends. Köln: BZgA.
- Byrne, D.G., Byrne, A.E., Reinhart, M.I. (1995). Personality, Stress and the Decision to Commence Cigarette Smoking in Adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (1), 53-62.
- Carvajal, S.C., Wiatrk, D.E., Evans, R.I., Knee, C.R. & Nash, S.G. (2000). Psychosocial Determinants of the Onset and Escalation of Smoking: Cross-sectional and Prospective Findings in Multiethnic Middle School Samples. *Journal of Adolescent Health*, 4, 255-265.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006). Use of cessation methods among smokers aged 16-24 years. United States, MMWR, 55, 1351-1356.
- Charlton, A., While, D. & Kelley, S. (1997). Causes of absense from school related to children's and their parent's smoking. *Tobacco Control*, 6, 150-151.
- Chassin, L., Presson, C.C., Rose, J.S., Sherman, S.J. (1996). The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change. *Health Psychology*, 15(6), 478-484.
- Chassin, L., Presson, C.C., Sherman, S.J. (1984). Cognitive and Social Influence Factors in Adolescent Smoking Cessation. *Addictive Behaviors*, 9, 383-390.
- Chassin, L., Presson, C.C., Rose, J., Sherman, S.J. (2007) What is addiction? Age-related diifferences in the meaning of addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 7, 30-38.
- Chen, P.H., White, H.R., Pandina, R.J. (2001). Predictors of smoking cessation from adolescence into young adulthood. *Addictive Behavior*, 26, 517-529.

- Coambs, R.B., Li, S., Kozlowski, L.T. (1992). Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking. *American Journal of Epidemiology*, 135, 240-246.
- Cohen, D., Rice, J. (1998). Parenting Styles, Adolescent Substance Use, and Academic Achievement. *Journal of Drug Education*, 27 (2), 199-211.
- Cohen, D., Richardson, J., & LaBree, L. (1994). Parenting behaviours and the onset of smoking and alcohol use: A longitudinal study. *Pediatrics*, 94, 368-375.
- Colby, S.M., Tiffany, S., Shiffman, S. et al., (2000). Measuring nicotine dependence among youth: a review of available approaches and instruments. *J Drug Alcohol Dependence*, 2000, 59, 23-29.
- Colby, S.M., Monti, P.M., O'Leary, Tevyaw, T. et al. (2005). Brief Motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behavior*, 30, 865-874.
- Colby, S.M., Monti, P.M., Barnett, N.P. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 66, 574-578.
- Conrad, K.M., Flay, B.R. & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Addiction*, 87, 1711-1724.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., et al. (eds). (2004). 2001/02 HBSC International Report: Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Currie, C. et al. (eds.). (2008). Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 5).
- Curry, S.J., Grothaus, L.C. & McBride, C. (1997). Reasons for quitting: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 22, 727-739.
- Curry, S.J., Emery, S., Sporer, A.K. (2007). A national survey of tobacco cessation programs for youths. *American Journal of Public Health* (97), 171-177.
- Dick, D.M., Viken, R., Purcell, S., Kaprio, J., Pulkkinen, L., Rose, R.J. (2007). Parental Monitoring Moderates the Importance of Genetic and Environmental Influences on Adolescent Smoking. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (1), 213-218.
- Demmel, R. (2003). Motivational interviewing: mission impossible? Oder kann man Empathie lernen? In H.-J. Rumpf & R. Hüllinghorst (Hrsg.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 177-199.
- DeVries, H., Van't Riet, J., Panday, S., Reubaet, A. (2007). Access point analysis in smoking and non-smoking adolescents: findings from the European Smoking Prevention Framework Approach study. *European Journal of Cancer Prevention*, 16, 257-265.
- DiFranza, J.R., Rigotti, N.A., McNeill, A.D., Ockene, J.K., Savageau, J.A., St Cyr, D. et al. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9, 313-319.
- DiFranza, J.R., Savageau, J.A., Fletcher, K., O'Loughlin, J., Pbert, L., Ockene, J.K., McNeill, A.D., Hazelton, J., Friedman, K., Dussault, G., Wood, C., Wellman, R.J. (2007). Symptoms of Tobacco Dependence After Brief Intermittent Use. The Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 Study. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 161 (7), 704-710.
- DiFranza, J.R., Savageau, J.A., Fletcher, K., Ockene, J.K., Rigotti, N.A., McNeill, A.D., Coleman, M., Wood, C. (2002). Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 397-403.
- DiFranza, Savageau, J.A., Rigotti, N.A., Fletcher, K., Ockene, J.K., McNeill, A.D., Coleman, M., Wood, C. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11 (3), 228-235.
- Dijk, F., Reubaet, A., Nooijer, de J., Vries, de H. (2007). Smoking status and peer support as the main predictors of smoking cessation in adolescents from six European countries. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(3), 495-504.
- Doherty, W., Allen, W. (1994). Family functioning and parental smoking as predictors of adolescent cigarette use: A six-year prospective study. *Journal of Family Psychology*, 8, 347-353.

- Donaldson, S.I. (1995). Peer influence on adolescent drug use: A perspective from the trenches of experimental evaluation research. *American Psychologist*, 50, 801-802.
- Dozois, D.N., Farrow, J.A., & Miser, A. (1995). Smoking patterns and cessation motivations during adolescence. *International Journal of the Addictions*, 30, 1485-1498.
- Dreher, E., & Dreher, M. (1985). Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. Bedeutsamkeit und Bewältigungskonzepte. In D. Liepmann & A. Stiksrud (Hrsg.), *Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz* (S. 56-70). Göttingen, Hogrefe.
- Ejinden van den, R., Spijkerman, R., Engels, R. (2007). Relative Contribution of Smoker Prototypes in Predicting Smoking among Adolescents: A Comparison with Factors from the Theory of Planned Behavior. *European Addiction Research*, 12, 113-120.
- Engels, R.C., Knibbe, R.A., Drop, M.J., deHaan, Y.T. (1997). Homogeneity of cigarette smoking within peer groups: Influence or selection? *Health Education and Behavior*, 24, 801-811.
- Ennett, S. & Bauman, K. (1994). The contribution of influence and selection to adolescent peer group homogeneity: The case of adolescent cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 653-663.
- Everett, S.A., Warren, C.W., Sharp, D., Kann, L., Husten, C.G., Crockett, L.S. (1999). Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behaviour among U.S. high school students. *Preventive Medicine*, 29 (5), 327-333.
- Ershler, J., Leventhal, H., Fleming, R. & Glynn, K. (1989). The quitting experience for smokers in sixth through twelfth grades. *Addictive Behaviors*, 14, 365-378.
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander, H.S. & Murray, L.J. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360 (9343), 1347-1360.
- Fagerström, K.O. (1978). Measuring the degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.
- Farkas, A.J., Gilpin, E.A., White, M., & Pierce, J.P. (2000). Associations between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *Journal of the American Medical Association*, 284, 717-722.
- Farkas, A.J., Pierce, J.P., Gilpin, E.A., Zhu, S.-H., Rosbrook, B., Berry, C., Kaplan, R.M. (1996a). Is stage of change a useful model of the likelihood of smoking cessation? *Annals of Behavioral Medicine*, 18(2), 79-86.
- Farkas, A.J., Pierce, J.P., Zhu, S.-H., Rosbrook, B., Gilpin, E.A., Berry, C., Kaplan, R.M. (1996b). Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. *Addiction*, 91(9), 1271-1280.
- Fidler, J.A., West, R., Jaarsveld van, C.H.M., Jarvis, M. J., Wardle, J. (2008). Smoking status of step-parents as a risk factor for smoking in adolescence. *Addiction*, 103, 496-501.
- Finkelstein, D.M., Kubzansky, L.D., Goodman, E. (2006). Social Status, Stress, and Adolescent Smoking. *Journal of Health*, 39, 678-685.
- Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Fischer, V., & Leppin, A. (2006). Rauchen und Alkoholkonsum. In A. Lohaus, M. Jerusalem, Klein-Heßling, J. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 133-154). Göttingen: Hogrefe.
- Flay, B.R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychology*, 4, 449-488.
- Flay, B.R. (1993). Youth tobacco use: Risks, patterns, and control. In C.T. Orleans & J. Slade (Eds.), *Nicotine addiction: Principles and management* (pp. 365-384). New York: Oxford University Press.
- Frey, D., Stahlberg, D., Gollwitzer, P.M. (1993). Einstellungen und Vergalten: Die Theorie des überlegten Handeln und die Theorie des geplanten Verhaltens. In D. Frey, M. Irle (Hrsg.). *Theorien der Sozialpsychologie, Band 1: Kognitive Theorien*. Bern: Hans Huber.
- Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1997). Tabakkonsum: Erklärungsmodelle und Interventionsansätze. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (2. Auflage) (S. 209-244). Göttingen: Hogrefe.

- Garcia, M.E., Smitz, J.M. & Dorfler, L.A. (1990). A fine-graded analysis of the role of self-efficacy in self-initiated attempts to quit smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 317-322.
- Geier, A., Metz, K., Bühler, A. (2008). Losgelöst – Ein Ausstiegsprogramm für jugendliche RaucherInnen. Unveröffentlicht. Institut für Therapieforschung, München.
- Gervais, A., O'Loughlin, J., Meshefesian, G., Banceij, C. & Tremblay, M. (2006). Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. *Canadian Medical Association Journal*, 175, 255-261.
- Gilmore, A. & McKee, M. (2004). Tobacco-control policy in the European Union. In E. Feldman & R. Bayer (Hrsg.), *Unfiltered: Conflicts over tobacco policy and public health* (S. 219-254). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilpin, E.A., Pierce, J.P. (1997). Trends in adolescent smoking initiation in the United States: is tobacco marketing an influence? *Tobacco Control*, 6, 122-127.
- Ginzel, K.H., Maritz, G.S., Marks, D.F., Neuberger, M., Pauly, J.R., Polito, J.R., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T.A. (2007). Critical Review: Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent? *Journal of Health Psychology*, 12(2), 215-224.
- Giskes, K., Kunst, A.E., Ariza, C., Benach, J., Borell, C., Helmert, U., Judge, K., Lahelma, E., Moussa, K., Ostergren, P.O., Patja, K., Platt, S., Prattala, R., Willemsen, M.C. & Mackenbach, J.P. (2007). Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six Western-European countries. *Journal of Public Health Policy*, 28 (2), 261-280.
- Grimshaw, G.M., Stanton, A. (2006). Tobacco cessation interventions for young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-36.
- Grimshaw, G.M., Stanton, A., Blackburn, C., Andrews, K., Grimshaw, C., Vinogradova, Y., Robertson, W. (2003). Patterns of smoking, quit attempts and service for a cohort of 15- to 19-year-olds. *Child Care Health Development*, 29 (6), 457-464.
- Gutschoven, K., van den Bulck, J. (2004). Television viewing and smoking volume in adolescent smokers: a cross-sectional study. *Prev Med*, 39, 1093-1098.
- Gutschoven K., van den Bulck, J. (2005). Television viewing and age at smoking initiation: does a relationship exist between higher levels of television viewing and earlier onset of smoking? *Nicotine Tob Res*, 7, 381-385.
- Gidwani, P.P., Sobol, A., DeJong, W., Perrin, J.M., Gortmaker, S.L. (2002). Television viewing and initiation of smoking among youth. *Pediatrics*, 110, 505-508.
- Gulliver, S.B., Hughes, J.R., Solomon, L.J. & Dey, A.n. (1995). An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Addiction*, 90, 767-772.
- Haley, N., Axelrod, C., Tilton, K. (1983). Validation of self-reported smoking behaviour: biochemical analysis of cotinine and thiocyanate. *American Journal of Public Health*, 73(10), 1204-1207.
- Hancox, R.J., Milne, B.J., Poulton, R., (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet* 364, 257-262.
- Hanewinkel, R., Pohl J. (1998). Werbung und Tabakkonsum, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Kiel, IFT-Nord.
- Hanewinkel R, Isensee B. (2003). Der Zusammenhang zwischen Preis und Konsum von Zigaretten: Eine Analyse vorliegender Studien und Implikationen für die Tabakkontrollpolitik. In: Rumpf HJ, Hüllinghorst R, eds. *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg: Lambertus, 395-411.
- Hanewinkel, R., Isensee, B. (2007). Five in a row--reactions of smokers to tobacco tax increases: population-based cross-sectional studies in Germany 2001-2006. *Tobacco Control* , 16, 34-7
- Hanewinkel, R., Wiborg, G. (2006). Initial evaluation of a real-world self-help smoking cessation programme for adolescents and young adults. *Addictive Behaviors*, 31, 1939-1945.
- Hanson, K., Allen, S., Jensen, S. et al. (2003). Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine Tobacco Research*, 5, 515-526.
- Havighurst, R. (1953). Developmental Tasks and Education. New York.

- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., Fagerström, K.O. (1991). The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Heppekausen, K., Kröger, C., Reese, A. (2001). Methoden und Ergebnisse der Raucherentwöhnung von jugendlichen Rauchern. *Prävention* 24 (2), 44-47.
- Henriksen, L., Jackson, C. (1998). Anti-Smoking Socialization: Relationship to Parent and Child Smoking Status. *Health Communication*, 10 (1), 87-101.
- Hines, D. (1996). Young smokers' attitudes about methods for quitting smoking: Barriers and benefits to using assisted methods. *Addictive Behaviors*, 21, 531-535.
- Hoeppner, B.B., Velicer, W.F., Redding, C.A., Rossi, J.S., Prochaska, J.O., Pallonen, U.E. et al. (2006). Psychometric evaluation of the smoking cessation. Processes of change in an adolescent sample. *Addictive Behavior*, 31, 1363-1372.
- Hoffman, B.R., Monge, P.R., Chou, C.-P., Valente, T.W. (2006). Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 32 (8), 1546-1554.
- Hopkins, D.P., Briss, P.A., Picard, C.J., Husten, C.G., Carande-Kulis, V., Fielding, J.E., Alao, M.O., McKenna, J.W., Sharp, D.J., Harris, J.R., Woollery, T.A., Harry, K.W. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*, 20 (2S), 16-66.
- Houtsmuller, E.J., Henningfield, J.E., Stitzer, M.L. (2003). Subjective effects of the nicotine lozenge: assessment of abuse liability. *Psychopharmacology (Berl)*, 167, 20-27.
- Hurrelmann, K., Vogt, I. (1985). Warum Kinder und Jugendliche zu Drogen greifen. Deutsche Jugend I, 30-39.
- Hurrelmann, K., & Hesse, S. (1991). Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. *Sucht*, 37, 240-252.
- Hurt, H., Croghan, G., Beede, S., Wolter, T., Croghan, I & Patten, C. (2000). Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptoms relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 154 (1): 31-37.
- Jackson, C. (1997). Initial and Experimental Stages of Tobacco and Alcohol Use during Late Childhood: Relation to Peer, Parent, and Personal Risk Factors. *Addictive Behaviors*, 22 (5), 685-698.
- Jackson, C., Bee-Gates, D.J., Henriksen, L. (1994). Authoritative parenting, child competencies, and initiation of cigarette smoking. *Health Education Quarterly*, 21, 103-116.
- Jessor, R., & Jessor, S. (1983). Ein sozialpsychologisches Modell des Drogenkonsums. In D. Lettieri & R. Welz (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen*. Weinheim: Beltz, 110-117.
- Johnson, J.L., Bottorff, J.L., Moffat, B., Ratner, P.A., Shoveller, J.A., Lovato, C.Y. (2003). Tobacco dependence: Adolescents' perspectives on the need to smoke. *Social Science & Medicine*, 56, 1481-1492.
- Johnson, J.L., Ratner, P.A., Tucker, R.S., Bottorff, J.L., Zumbo, B., Prkachin, K.M. et al. (2005). Development of a multidimensional measure of tobacco dependence in adolescence. *Addictive Behaviors*, 30, 501-515.
- Kafka, R. & London, P. (1991). Communication in relationships and adolescent substance use: The influence of parents and friends. *Adolescence*, 26, 587-598.
- Kandel, D.B. (Ed.) (2002). Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis. New York: Cambridge University Press.
- Kandel, D.B. (1996). The Parental and Peer Context of Adolescent Deviance: An Algebra of Interpersonal Influences. *Journal of Drug Issues*, 26 (2), 289-315.
- Kassel, J.D., Evatt, D.P., Greenstein, J.E., Wardle, M.C., Yates, M.C., Veilleux, J.C. (2007). The Acute Effects of Nicotine on Positive and Negative Affect in Adolescent Smokers. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (3), 543-553.
- Kelly, A.B., Lapworth, K. (2006). The HYP programm-targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Prev Med*, 466-471.
- Kutzka, R., Kröger, C., Walden, S. (1999). Akzeptanz des primärpräventiven Lebenskompetenz-programms ALF und seiner Auswirkungen auf das Rauchverhalten. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*. Tübingen: DGVT.

- Kealy, K.A., Ludman, E.J., Mann, S.L., Marek, P.M., Phares, M.M., Riggs, K.R., Peterson Jr., A.V. (2007). Overcoming barriers to recruitment and retention in adolescent smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(2), 257-270.
- Kodl Middlecamp, M., Mermelstein, R. (2004). Beyond modelin: Parenting practices, parental smoking history, and adolescent cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 29, 17-32.
- Kopstein, A.N., Crum, R.M., Celentano, D.D., Martin, S.S. (2001). Sensation seeking needs among 8th and 11th graders: characteristics associated with cigarette and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 195-203.
- Koval, J.J., Pederson, L.L., Mills, C.A., McGrady, G.A., & Carvajal, S.C. (2000). Models of the relationship of stress, depression, and other psychosocial factors to smoking behaviour: A comparison of a cohort of students in Grades 6 and 8. *Preventive Medicine*, 30, 463-477.
- Kraus, L., Baumeister, S.E. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (1), 6-15.
- Kraus, L., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen* [The 2007 European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD). Survey among pupils in grade 9 and 10 in Bavaria, Berlin, Brandenburg, Hesse, Mecklenburg-Western Pomerania, Saarland and Thuringia]. IFT-Reports Vol. 165. München: Institut für Therapieforschung.
- Kröger, C. (2004). Ausstiegshilfen für jugendliche RaucherInnen. *Projugend*, 2, 15 – 18.
- Kröger, C., Piontek, D. (2005). Wirksamkeit von Tabakentwöhnungsprogrammen und Ausstiegshilfen für jugendliche Raucher. In: *Rauchfreie Schule, Informationsdienst zur Suchtprävention*, 17, 47-54; Regierungspräsidium Stuttgart, Schule und Bildung.
- Kröger, C., Lohmann, B. (2007). Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit. In D. Schulte, K. Hahlweg, J. Margraf, D. Vaitl, Fortschritte der Psychotherapie, Band 31, Göttingen: Hogrefe.
- Lamkin, L., Houston, T.P. (1998). Nicotine dependency and adolescents: preventing and treating. *Primary Care*, 25, 123-135.
- Lamnek, S. (2005). Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim/ Basel, Beltz-Verlag.
- Lamnek, S. (1999). Gruppendiskussion – eine empirische Methode mit Zukunft. *ZSE – Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 19 (3), 328-332.
- Lampert, T., Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGSS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50, 600-608.
- Lando, H.A., Thai, D.T., Murray, D.M., Robinson, L.A., Jeffery, R.W., Sherwood, N.E. et al. (1999). Age of initiation, smoking patterns, and risk in a population of working adults. *Preventive Medicine*, 29, 590-598.
- Larson, N.I., Story, M., Perry, C.L., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J. (2007). Are Diet and Physical Activity Patterns Related to Cigarette Smoking in Adolescent? Findings From Project EAT. *Preventing Chronic Disease*, 4 (3), 1-6.
- Lawendowski, L.A. (1998). A Motivational Intervention for Adolescent Smokers, *Preventive Medicine*, 27, A39-A46.
- Lawrance, K.G. (2001). Adolescent smokers' preferred smoking cessation methods. *Canadian Journal of Public Health*, 92 (6), 423-426.
- Leatherdale, S. & McDonald, P. (2005). What smoking cessation approaches will young smokers use? *Addictive Behaviors*, 30 (8), 1614-1618.
- Leatherdale, S. (2006). School-based smoking cessation programs: Do youth smokers want to participate in these programs? *Addictive Behavior*, 31, 1449-1453.
- Leventhal, H. & Cleary, P.D. (1980). The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370-405.
- Lindinger, P. (2006). Aktuelle Bestandsaufnahme zur Tabakentwöhnung bei jugendlichen Raucherinnen und Rauchern.
- Lovato, C., Linn, G., Stead, L.F., et al. (2003). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Systematic Review*, CD003439.
- Marzinzik, K., Fiedler, A. (2005). MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen. Evaluationsergebnisse des Forschungsmanuals sowie der ersten

- Implementierungsphase. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, 28, BZgA, Köln.
- Mangold, W. (1973): Gruppendiskussion. In: König, R. (Hrsg.) (1973): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 2: Grundlegende Methoden und Techniken der empirischen Sozialforschung. Erster Teil. 2., umgearb. U. erw. Aufl. Stuttgart. 228-259.
- Mansel, J., Hurrelmann, K. (1994). Alltagsstress bei Jugendlichen. Eine Untersuchung über Lebenschancen, Lebensrisiken und psychosoziale Befindlichkeiten im Statusübergang. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Mates, D., Allison, K.R. (1992). Sources of stress and coping responses of high school students. *Adolescence*, 27, 461-474.
- Mayhew, K.P., Flay, B.R., Mott, J.A. (2000). Stages in the development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 59 (1), 61-81.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz-Verlag, Weinheim/ Basel.
- McCormick, L.M., Crawford, M., Anderson, R.H., Gittelsohn, J., Kingsley, B., & Upson, D. (1999). Recruiting adolescents into qualitative tobacco research studies: Experiences and lessons learned. *Journal of School Health*, 69, 95-99.
- McDonald, P., Colwell, B., Backinger, C.L., Husten, C., Maule, C.O. (2003). Better Practices for Youth Tobacco Cessation. *American Journal of Health Behavior*, 27, 159-169.
- McDonald, P. (1999). Population-based recruitment for quit-smoking programs: An analytic review of communication variables. *Preventive Medicine*, 28, 545-557.
- McIntosh, W.D., Bazzini, D.G., Smith, S.M., Wayne, S.M. (1998). Who smokes in Hollywood? Characteristics of smokers in popular films from 1940 to 1989. *Addictive Behaviors*, 23(3), 395-398.
- McGowan, P., & Freen, L.W. (1998). Community and home self-help approaches to smoking cessation. In: Smoking cessation: a synthesis of literature on program effectiveness. The Institute of Health Promotion Research. University of British Columbia.
- McCool, J.P., Cameron, L.D., Petrie, K.J. (2005). The influence of smoking imagery on the smoking intentions of young people. Testing a media interpretation model. *Journal of Adolescent Health*, 36, 475-485.
- Mermelstein, R. (2003). Teen smoking cessation. *Tobacco Control*, 12, 25-34.
- Michell, L., West, P. (1996). Peer pressure to smoke: The meaning depends on the method. *Health Education Research*, 11, 39-49.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. New York: Guildford Press.
- Milton, M.H., Maule, C.O., Backinger, C.L., Gregory, D.M. (2003). Recommendations and guidance for practice in youth tobacco cessation. *American Journal of Health Behavior*, 27 (Suppl. 2), 159-169.
- Milton, B.S., Dugdill, L., Porcellato, L.A., Springett, R.J. (2007). 'Kids who Smoke Think that They Can Be Adults as Well': Children's Smoking and Transitions to Adulthood. *Children and Society*, ??), 1-12.
- Moffit, T. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Mojica, W.A., Suttorp, M.J., Sherman, S.E., Morton, S.C., Roth, E.A., Maglione, M.A., Rhodes, S.L., Shekelle, P.G. (2004). Smoking-Cessation Interventions by Type of Provider. A Meta-Analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 26 (5), 391-401.
- Moolchan, E.T., Monique, E., Henningfield, J. (2000). A Review of Tobacco Smoking in Adolescents: Treatment Implications. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 39 (6), 1-16.
- Moolchan, E.T., Robinson, M.L., Ernst, M. et al. (2005). Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. *Pediatrics*, 115, e407-e414.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Murphy-Hoefer, R., Alder, S., Higbee, C. (2004). Perceptions about cigarette smoking and risks among college students. *Nicotine & Tobacco Research*, 6 (3), 371-374.
- Needle, R., McCubbin, H., Lorence, J., Hochhauser, M. (1983). Reliability and validity of adolescent self-reported drug use in a family based study: a methodological report. *International Journal of Addiction*, 18(7), 901-912.

- Newcomb, M.D., Bentler, P.M. (1989). Substance Use and Abuse Among Children and Teenagers. *American Psychologist*, 44 (2), 242-248.
- Nelson, C.B. & Wittchen, H.-U. (1998). Smoking and Nicotine Dependence. *European Addiction Research*, 4, 42-49.
- Nichter, M., Nichter, M., Vuckovic, N., Quintero, G., & Ritenbaugh, C. (1997). Smoking experimentation and initiation among adolescent girls: Qualitative and quantitative findings. *Tobacco Control*, 6, 285-295.
- O'Loughlin, J.O., DiFranza, J.R., Tyndale, R.F., et al., (2003). Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 219-225.
- Otten, R., Harakeh, Z., Vermulst, A.A., Ejinden van den, R.J.J., Engels, R.C. (2007). Frequency and Quality of Parental Communication as Antecedents of Adolescent Smoking Cognitions and Smoking Onset. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21 (1), 1-12.
- Paavola, M., Vartiainen, E. & Puska, P. (1996). Predicting adult smoking: The influence of smoking during adolescence and smoking among friends and family. *Health Education Research*, 11, 309-315.
- Paavola, M., Vartiainen, E., & Puska, P. (2001). Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Education Research*, 16, 49-57.
- Pallonen, U.E. (1998). Transtheoretical Measures for Adolescent and Adult Smokers: Similarities and Differences. *Preventive Medicine*, 27, A29-A38.
- Paul, S.L., Blizzard, L., Patton, G.C., Dwyer, T., Venn, A. (2007). Parental smoking and smoking experimentation in childhood increase the risk of being a smoker 20 years later: the Childhood Determinants of Adult Health Study. *Addiction*, 103 (5), 846-853.
- Pechacek, T., Murray, D., Luepker, R., Mittelmark, M., Johnson, C., Shutz, J. (1984). Measurement of adolescent smoking behaviour: rationale and methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(1), 123-140.
- Pechmann, C., Zhao, G., Goldberg, M.E., & Reibling, T.E. (2003). What to Convey in Antismoking Advertisements for Adolescents: The Use of Protection Motivation Theory to Identify Effective Message Themes. *Journal of Marketing*, 67, 1-18.
- Pechmann, C., Knight, S.J. (2002). An Experimental Investigation of the Joint Effects of Advertising and Peers on Adolescents' Beliefs and Intentions about Cigarette Consumption. *Journal of Consumer Research*, 29, 5-19.
- Pederson, L.L., Koval, J.J., McGrady, G.A., Tyas, S.L. (1998). The Degree and Type of Relationship between Psychosocial Variables and Smoking Status for Students in Grade 8: Is There a Dose-Response Relationship? *Preventive Medicine*, 27, 337-347.
- Petraitis, J., Flay, B., Miller, T., Torphy, E. & Greiner, B. (1998). Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse*, 33, 2651-2604.
- Petraitis, J. Flay, B. & Miller, T. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Philip Morris Vice President for Research and Development, Why One Smokes, First Draft, 1969, Autumn {Minn. Trial Exhibit 3681}
- Pierce, J.P. & Gilpin, E. (1996). How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarettes? *American Journal of Public Health*, 86, 253-256.
- Pierce, J.P., Lee, L., Gilpin, E.A. (1994). Smoking initiation by adolescent girls, 1944 through 1988. *Journal of the American Medical Association*, 271, 608-611.
- Pierce, J.P., Gilpin, E., Burns, D.M. et al. (1991). Does tobacco advertising target young people to start smoking? Evidence from California. *JAMA*, 266, 3154-3158.
- Pierce, J.P. & Gilpin, E.A. (1995). A historical analysis of tobacco marketing and the uptake of smoking by youth in the United States: 1890-1977. *Health Psychology*, 14, 500-508.
- Piontek, D., Bühler, A., Donath, C., Floeter, S., Rudolph, U., Metz, K., Gradl, S., Kroeger, C. (2008). School Context Variabilities and Students' Smoking. *European Addiction Research*, 14, 53-60.
- Piontek, D., Bühler, A., Kröger, C. (2007). Schulische Tabakprävention. Zur Wirksamkeit verhältnispräventiver Maßnahmen gegen das Rauchen von Jugendlichen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 129-135.

- Pope, C., Mays, N. (1995). Qualitative research: Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health service research. *British Medical Journal*, 311, 42-45.
- Prokhorov, A.V., Hudmon, K.S., DeMoor, C.A., Kelder, S.H., Conroy, J.L., Ordway, N. (2001). Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking. *Nicotine Tobacco Research*, 3, 151-155.
- Prokhorov, A.V., Pallonen, U.E., Fava, J.L., Ding, L., Niaura, R. (1996). Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers, *Addictive Behaviors*, 21 (1), 117-127.
- Radziszewska, B., Richardson, J., Dent, C., & Flay, B. (1996). Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: Ethnic, gender, and SES differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 289-305.
- Reese, A., Silbereisen, R. (2001): Allgemeine versus spezifische Prävention jugendlichen Risikoverhaltens. In: Freund, T., Lindner, W. (Hrsg.): Prävention: Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Leske und Budrich, Opladen, 139-162.
- Reynolds, B., Patak, M., Shroff, P., Melanko, S., Penfold, R.B., Duhig, A.M. (2007). Laboratory and Self-Report Assessments of Impulsive Behavior in Adolescent Daily Smokers and Nonsmokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15(3), 264-271.
- Riala, K. et al., (2004). Teenage smoking and substance use as predictors of severe alcohol problems in late adolescence and in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 35, 245-254.
- Richter M, Leppin A (2007). Trends in socio-economic differences in tobacco smoking among German schoolchildren, 1994-2002. European Journal of Public Health; doi:10.1093/eurpub/ckm010.
- Rideout, V., Roberts, D.R., & Foehr, U.G. (2005). Generation M: Media in the lives of 8-18 year-olds (Publication No. 7250). Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Robinson, L.A., Vander Weg, M.W., Riedel, B.W., Klesges, R.C. & McLain-Allen, B. (2003). „Start to Stop“: Results of a randomized controlled trial of a smoking cessation programme for teens. *Tobacco Control*, 12(Supl.4), iv26-iv33.
- Romer, D., Jamieson, P. (2001). Advertising, Smoker Imagery, and the Diffusion of Smoking Behavior, in P. Slovic (ed.): *Smoking Risk, Perception, and Policy*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 127-155.
- Rojas, N.L., Killen, J.D., Haydel, F.K., Robinson, T.N. (1998). Nicotine Dependence among Adolescent Smokers. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 152, 151-156.
- Sack, P.-M., Thomasius, R. (2008). Klassifikation der Suchtstörungen. In: R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U.J. Küstner, P. Riedesser (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart, Schattauer, 8-20.
- Schumann, A., John, U., Thyrian, J.R., Ulbricht, S., Hapke, U. & Meyer, C. (2006). Attitudes towards smoking policies and tobacco control measures in relation to smoking status and smoking behaviour. *European Journal of Public Health*, 16 (5), 513-519.
- Schumann, A., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2002). Deutsche Version des Fagerström-Test for Nicotine Dependence (FTND) (FTND-d) und des Heaviness of smoking Index (HSI) (HSI-d). In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Küfner (Hrsg.), *Elektrisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 2.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Schulze, A., Mons, U., Edler, L., Pötschke-Langer, M. (2006). Lack of sustainable prevention effect of the Smoke-Free Class Competition“on German pupils. *Preventive Medicine*, 42 (1), 33-39.
- Schulze A., Mons U. (2005). Trends in cigarette smoking initiation and cessation among birth cohorts of 1926–1970 in Germany. *European Journal of Cancer Prevention*, 14, 477–483.
- Schwarzer, R. (2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens (3. Auflage). Göttingen, Hogrefe.
- Settertobulte, W., Richter, M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der “Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006 in K. Mann, U. Havemann-Reinecke, R. Gassmann (Hrsg.): *Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends-Grundlage-Maßnahmen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

- Silbereisen, R.K., Kastner, P. (1985). Entwicklungspsychologische Perspektiven für die Prävention des Drogengebrauchs Jugendlicher. In J. Brandstädter & H. Gräser (Hrsg.), *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne* (S. 83-102). Göttingen: Hogrefe.
- Skara, S., Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37 (5), 451-474.
- Smith, T.A., House, R.F., Croghan, I.T., Gauvin, T.R., Colligan, R.C., Offord, K.P., Gomez-Dahl, L.C. & Hurt, R.D. (1996). Nicotine patch therapy in adolescent smokers. *Pediatric*, 98: 659-667.
- Sonntag, H., Wittchen, H.U., Hofler, M., Kessler, R.C., & Stein, M.B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry*, 15, 67-74.
- Sowden, A., Arblaster, L., Stead, L. (2004). Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue I*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Stanton, W.R. (1995). DSM-III-R tobacco dependence and quitting during adolescence. *Addictive Behaviors*, 20, 595-603.
- Stanton, W.R., Lowe, J.B., & Gillespie, A.M. (1996). Adolescents' experiences of smoking cessation. *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 63-70.
- Stanton, W.R., McClelland, M., Elwood, C., Ferry, D., & Silva, P.A. (1996). Prevalence, reliability and bias of adolescents' report of smoking and quitting. *Addiction*, 91, 1705-1714.
- Stapleton, C. (1980). Reformulation of the family lifecycle concept: implications for residential mobility. *Environment and Planning A*, 12, 1103-1118.
- Stead, L.F., Lancaster, Lancaster, T. (2003). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane Library.
- Stein, J.A., Newcomb, M.D., Bentler, P.M. (1996). Initiation and maintenance of tobacco smoking: changing personality correlates in adolescence and young adulthood. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 160-187.
- Sterling, K.L., Diamond, P.M., Mullen, P.D., Pallonen, U., Ford, K.H., McAlister, A.L. (2007). Smoking-related self-efficacy, beliefs, and intention: assessing factorial validity and structural relationships in 9th-12th grade current smokers in Texas. *Addictive Behaviors*, 32 (9), 1863-1876.
- Stevens, S.L., Colwell, B., Smith, D.W., Robinson, J., McMillan, C. (2005). An exploration of self-reported negative affect by adolescents as a reason for smoking: Implications for tobacco prevention and intervention programs. *Preventive Medicine*, 41, 589-596.
- Stern, R.A., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., & Elder, J.P. (1987). Stages of adolescent smoking acquisition: measurement and sample profiles. *Addictive Behaviors*, 12, 319-329.
- Stone, S.L., & Kristeller, J.L. (1992). Attitudes of adolescents toward smoking cessation. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 405-407.
- Stuart, K., Borland, R. & McMurray, N. (1994). Self-efficacy, health locus of control, and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 19, 1-12.
- Sussman, S., Dent, C.W., Severson, H., Burton, D. & Flay, B.R. (1998). Self-initiated quitting among adolescent smokers. *Preventive Medicine*, 27(5Pt.3), A19-28.
- Sussman, S., Lichtman, K., Ritt, A., Pallonen, U.E. (1999). Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Substance Use & Misuse*, 34, 1469-1503.
- Sussman, S. (2002). Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases*, 1, 35-81.
- Sussman, S., Dent, C.W., Lichtman, K.L. (2001). Project EX: outcomes of a teen smoking cessation program. *Addictive Behavior*, 26 (3), 425-438.
- Sussman, S., McCuller, W.J., Zheng, H., Pfingston, Y.M., Dent, C.W. (2004). Project EX: A Program of Empirical Research on Adolescent Tobacco Use Cessation. *Tobacco Induced Diseases*, 2 (3), 119-132.

- Sussman, S. (2002). Effects of sixty-six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases*, 1, 35-81.
- Sussman, S., Sun, P. & Dent, C.W. (2006). A Meta-Analysis of Teen Cigarette Smoking Cessation. *Health Psychology*, 25, 549-557.
- Sussman, S., Sun, P. (2009). Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tobacco Induced Diseases*, 5 (3), 1-11.
- Sutton, C.D. (2000). A hard road: Finding ways to reduce teen tobacco use. *Tobacco Control*, 9, 1-2.
- 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.
- Taioli, E., Wynder, E. (1991). Effect of the age at which smoking begins on frequency of smoking in adulthood. *The New England journal of Medicine*, 325, 968-969.
- Thomasius, R. (2005). Störungen durch psychotrope Substanzen. In: Schlottke, P.F., Silbereisen, R.K., Schneider, S., Lauth, G.W. (Hrsg.). *Störungen im Kindes- und Jugendalter. Enzyklopädie der Psychologie. Serie II: Klinische Psychologie, Band 5*. Göttingen, Hogrefe, 945-1010.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V., Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 275-336.
- Tölle, R., Buchkremer, G. (1989). *Zigarettenrauchen, Epidemiologie, Psychologie, Pharmakologie und Therapie*. Berlin: Springer.
- Tossmann, P., Tensil, M.D. (2007). Rauchfrei. Evaluationsbericht 2006. Eine internetbasierte Ausstiegshilfe für Jugendliche im Rahmen der „rauchfrei“-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. BZgA, Köln.
- Tschann, J.M., Adler, N.E., Irwin, C.E., Millstein, S.G., Turner, R.A. & Kegeles, S.M. (1994). Initiation of substance use in early adolescence: The roles of pubertal timing and emotional distress. *Health Psychology*, 13, 326-333.
- Turner, L.R., Mermelstein, R., Berbaum, M.L., Veldhuis, C.B. (2004). School-based smoking cessation programs for adolescents: What predicts attendance? *Nicotine and Tobacco Research*, 6 (3), 559-568.
- Tyas, S.L., Pederson, L.L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7 (4), 409-420.
- Zundert van, M.P., Ven van de, M.O.M., Engels, R.C.M.E., Otten, R., Eijnden, R.J.J.M. (2007). The role of smoking-cessation-specific parenting in adolescent smoking-specific cognitions and readiness to quit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:2, 202-209.
- United States Department of Health and Human Services (USDHHS) (1994). Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health.
- Vega, W.A., Chen, K.W., Williams, J. (2006). Smoking, drugs, and other behavioural health problems among multiethnic adolescents in the NHSDA. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1949-1956.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S. & Snow, M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111, 23-41.
- Wakefield, M., Chaloupka, F., Kaufmann, N., Orleans, C., Barker, D., & Ruel, E. (2000). Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: Cross sectional study. *British Medical Journal*, 321, 333-337.
- Wakefield, M., Chaloupka, F. (2000). Effectiveness of comprehensive tobacco use in adolescents: Review of current findings and implications for healthcare providers. *Current Opinion in Pediatrics*, 14, 708-712.
- West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100, 1036-1039.
- Winickoff, J., Pbert, L., Klein, J., Lando, H., Carroll, B., Mermelstein, R., Moolchan, E., Prokhorov, A., Ossip-Klein, D. (2003). Youth tobacco control research and activities in the United States: The current national landscape. *Nicotine and Tobacco Research*, 5 (4), 435-454.
- Wiborg G, Hanewinkel R. (2002). Effectiveness of the "Smoke-Free Class Competition" in delaying the onset of smoking in adolescence. *Preventive Medicine*, 35, 241-9

- World Health Organization (WHO) (1990). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organisation, Division of Mental Health.
- Yalom, I.D. (1993). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 67-87.
- Zhu, S.H., Sun, J., Billings, S.C. et al. (1999). Predictors of smoking cessation in U.S. adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 16, 202-207.
- Zuckerman, M., Ball, S., Black, J. (1990). Influences of Sensation, Gender, Risk Appraisal and Situational Motivation on Smoking. *Addictive Behaviors*, 15, 209-220.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999-1029.
- Zuckerman, M. (2007). *Sensation seeking and risky behavior*. Washington DC: American Psychological Association.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Annette Geier