

Band 2

GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET



Tabakentwöhnung in Deutschland

Grundlagen und kommentierte Übersicht

3. erweiterte und überarbeitete Auflage 2011



Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Einen immer größeren Stellenwert gewinnen auch die Marktbeobachtung und die Marktanalyse, deren Ziel es ist, den unüberschaubaren Markt an Angeboten zur Gesundheitsförderung transparent zu machen und zur Verbreitung qualitätsgesicherter Informationen beizutragen.

In der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ wird ein Großteil der Ergebnisse und Erfahrungen hieraus – zum Beispiel in Form von themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten oder als Dokumentation ausgewählter Projekte, Modelle und Veranstaltungen – veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

Tabakentwöhnung in Deutschland

Grundlagen und kommentierte Übersicht

3. erweiterte und überarbeitete Auflage 2011

Von Christoph B. Kröger und Daniela Piontek (IFT – Institut für Therapie-
forschung, München) im Auftrag der BZgA

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detailierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung konkret, Band 2
Tabakentwöhnung in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht
3. erweiterte und überarbeitete Auflage 2011

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 0221/8992-0
Fax: 0221/8992-300

Projektleitung: Michaela Goecke
E-Mail: michaela.goecke@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen
Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 1.2.10.11

ISBN 978-3-933191-47-2

Band 2 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60 642 000

Vorwort

Rauchen ist eine vermeidbare Ursache für viele körperliche Erkrankungen und die häufigste Ursache für einen frühzeitigen Tod in der deutschen Bevölkerung. Daher ist die Reduktion des Tabakkonsums in der Bevölkerung eines der herausragenden gesundheitspolitischen Ziele in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Wie eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Initiative „Gesundheitsziele.de“ unter Leitung der BZgA erarbeitet hat, ist für die Umsetzung des Ziels ein Policy-Mix aus unterschiedlichen Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention erforderlich. Dazu zählen Tabaksteuererhöhungen, das Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung, Schutz vor Passivrauchen, Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen und die Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit. Auf allen Ebenen konnten in den letzten Jahren Fortschritte erzielt werden, die sich in einer sinkenden Anzahl von Raucherinnen und Rauchern in der Bevölkerung widerspiegeln. Diese Erfolge gilt es zukünftig zu stabilisieren und auszubauen.

Die BZgA ist seit über 30 Jahren insbesondere in den Bereichen Verhinderung des Einstiegs, Nichtraucherenschutz und Tabakentwöhnung engagiert. Im Jahr 2000 wurde erstmalig eine Marktübersicht über die in Deutschland angebotenen Maßnahmen zur Tabakentwöhnung veröffentlicht, um einen qualifizierten Überblick zu den bestehenden Hilfsangeboten zu vermitteln und transparent zu machen. Zwischenzeitlich hat sich das Angebot an Tabakentwöhnung diversifiziert; neue Angebote sind hinzugekommen, andere sind nicht mehr verfügbar. Aus diesem Grund wird hiermit eine aktuelle Übersicht vorgelegt, die die neuen Angebote sowie die aktuellen Erkenntnisse der Evaluationsforschung berücksichtigt.

Die vorliegende Veröffentlichung bietet weiterhin eine Einführung in die Thematik bzw. Problematik des Rauchens und fasst den derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Evaluationsforschung zur Tabakentwöhnung zusammen. Ich hoffe, dass diese Übersicht all denjenigen eine Orientierungshilfe bietet, die sich professionell mit Tabakentwöhnung beschäftigen, indem sie Maßnahmen hierfür anbieten oder dafür verantwortlich sind.

Köln, Mai 2011

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 3 |
| Einleitung | 7 |
| 1. Einführung in die Problematik des Rauchens | 9 |
| 1.1 Epidemiologie | 10 |
| 1.2 Pharmakologische Aspekte des Rauchens | 11 |
| 1.3 Tabak- und Nikotinabhängigkeit | 13 |
| 1.4 Gesundheitliche Schäden | 16 |
| 1.5 Passivrauchen | 19 |
| 2. Grundlagen der Tabakentwöhnung | 21 |
| 2.1 Natürliche Verläufe des Tabakkonsums | 22 |
| 2.2 Allgemeine Wirkmechanismen der Tabakentwöhnung | 24 |
| 2.3 Phasen und Ebenen des Ausstiegsprozesses | 25 |
| 2.4 Komponenten der Tabakentwöhnung | 26 |
| 3. Kategorisierung verfügbarer Hilfsmaßnahmen | 33 |
| 3.1 Selbsthilfemaßnahmen | 35 |
| 3.2 Einzelberatung | 36 |
| 3.3 Gruppenberatung | 37 |
| 3.4 Pharmakologische Interventionen | 38 |
| 3.5 Alternative Verfahren | 39 |
| 4. Wirksamkeit von Hilfsmaßnahmen | 41 |
| 4.1 Methodische Vorüberlegungen | 42 |
| 4.2 Selbsthilfemaßnahmen | 44 |
| 4.3 Einzelberatung | 45 |
| 4.4 Gruppenberatung | 46 |
| 4.5 Pharmakologische Interventionen | 47 |
| 4.6 Alternative Verfahren | 48 |
| 4.7 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen | 52 |
| 5. Ein Qualitätsraster zur Beschreibung und Beurteilung von Hilfsmaßnahmen | 55 |
| 5.1 Entwicklung des Qualitätsrasters | 56 |
| 5.2 Deskriptive Merkmale | 58 |
| 5.3 Qualitätsmerkmale | 59 |

| | |
|--|-----|
| 6. Beschreibung und Beurteilung der Kategorien von Hilfsmaßnahmen | 63 |
| 6.1 Identifikation von Hilfsmaßnahmen | 64 |
| 6.2 Selbsthilfemaßnahmen | 66 |
| 6.3 Einzelberatung | 84 |
| 6.4 Gruppenberatung | 92 |
| 6.5 Pharmakologische Interventionen | 101 |
| 6.6 Alternative Verfahren | 108 |
| 7. Beschreibung und Beurteilung einzelner Hilfsmaßnahmen | 117 |
| 7.1 Auswahl der Einzelmaßnahmen | 118 |
| 7.2 Darstellung von Einzelmaßnahmen | 119 |
| 8. Zusammenfassende Diskussion | 155 |
| 9. Literaturverzeichnis | 161 |
| 10. Anhang: Liste der identifizierten Selbsthilfemaßnahmen | 165 |
| Bücher | 166 |
| DVDs | 171 |
| CDs | 172 |
| Computerbasierte Interventionen | 174 |

Einleitung

Vor etwa 35 Jahren wurden in Deutschland die ersten Hilfsmaßnahmen entwickelt, die den Ausstieg aus dem Rauchen unterstützen und erleichtern sollten. Seither gibt es eine Vielzahl von Angeboten für Raucherinnen und Raucher, um diese beim Ausstieg zu unterstützen. Da das Angebot und insbesondere die Qualität der verschiedenen Maßnahmen kaum zu überblicken sind, veröffentlichte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vor zehn Jahren eine erste Übersicht der Maßnahmen, die Raucherinnen und Rauchern für einen Ausstieg zur Verfügung stehen. Zwischenzeitlich haben sich die Angebote verändert, neue sind hinzugekommen und andere sind nicht mehr verfügbar, sodass eine Aktualisierung der Bestandsaufnahme notwendig erscheint.

In den letzten zehn Jahren wurden insbesondere neue pharmakologische Verfahren entwickelt, erforscht und dem Markt zur Verfügung gestellt. Über die medikamentösen Entwöhnungsangebote liegt eine Vielzahl aktueller Zusammenfassungen der internationalen wissenschaftlichen Ergebnisse vor, die auch auf die Situation in Deutschland übertragbar sind. Daher liegt der Schwerpunkt dieser Übersicht auf nichtmedikamentösen Entwöhnungsangeboten. Hier scheint der Informationsbedarf am größten zu sein, wie die über die Jahre hohe Nachfrage nach der 1. Auflage dieser Publikation vermuten lässt.

Ziel dieser Zusammenstellung ist es, eine Grundlage für die Beurteilung von Angeboten zur Tabakentwöhnung zu schaffen und Personen, die Raucherinnen und Raucher beraten oder Tabakentwöhnungsmaßnahmen planen, durch detaillierte Informationen zu den einzelnen Angeboten eine Orientierungshilfe zu bieten.

Kapitel 1 führt in die Problematik des Rauchens ein, indem es über die epidemiologischen und pharmakologischen Aspekte des Tabakkonsums und die Folgen des Rauchens informiert. In *Kapitel 2* wird dargelegt, wie der Ausstieg aus dem Tabakkonsum erfolgt und welche Ansatzpunkte für Hilfsmaßnahmen bestehen. Die verschiedenen Kategorien von Hilfsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung werden in *Kapitel 3* und deren Wirksamkeit in *Kapitel 4* beschrieben. Ein für die Beschreibung und Beurteilung von Maßnahmen der Tabakent-

wöhnung entwickeltes Qualitätsraster wird in *Kapitel 5* eingeführt. *Kapitel 6* beinhaltet eine zusammenfassende Darstellung der verschiedenen Kategorien von Hilfsmaßnahmen anhand des Qualitätsrasters, *Kapitel 7* die Beschreibung und Beurteilung einzelner Maßnahmen. Der Textteil der Broschüre endet mit einer Diskussion und einem Ausblick in *Kapitel 8*. *Kapitel 9* gibt die weiterführende Literatur an. Im *Anhang (Kapitel 10)* werden schließlich die einzelnen Selbsthilfemaßnahmen alphabetisch aufgelistet.

1 Einführung in die Problematik des Rauchens

Der Konsum von Tabakwaren ist seit vielen Jahrhunderten weltweit verbreitet und Nikotin hat im Laufe der Zeit den Status einer „Genussdroge“ erhalten. Rauchen hat sich im 20. Jahrhundert zu einem in allen sozialen Schichten verbreiteten, sozial akzeptierten und unterstützten Verhalten entwickelt. Erst in den letzten Jahren ist vor dem Hintergrund des gesicherten Wissens zu den mit Rauchen und Passivrauchen verbundenen gesundheitlichen Risiken, den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Mechanismen der Nikotinwirkung und der Suchtentstehung sowie dem Bekanntwerden der Vermarktungspolitik der Tabakkonzerne ein deutlicher Stimmungswandel zu verzeichnen. Der Tabakkonsum ist in das Zentrum der gesellschaftlichen und politischen Diskussion

geraten. Gesetzliche Maßnahmen wurden getroffen, um das Rauchen an vielen Orten nicht mehr zu gestatten oder einzuschränken. Zusätzlich wurden verhaltenspräventive Bemühungen intensiviert, mit deren Hilfe insbesondere Kinder und Jugendliche einen verantwortungsvollen und risikoarmen Konsum erlernen sollen.

In diesem Kapitel werden grundlegende Informationen zum Rauchen zusammengestellt, die einen Einblick in die Problematik ermöglichen sollen. Dazu gehören aktuelle Daten zur Verbreitung des Tabakkonsums, pharmakologische Aspekte der Nikotinwirkung sowie Erkenntnisse in Bezug auf die Definition, die gesundheitlichen Folgeschäden sowie den Verlauf von Tabakabhängigkeit.

1.1 Epidemiologie

In Deutschland stehen verschiedene Daten zur Verbreitung des Tabakkonsums zur Verfügung. Die zuverlässigsten Informationen bieten repräsentative Bevölkerungsumfragen, die in regelmäßigen Abständen wiederholt werden und somit auch Aussagen über Konsumtrends ermöglichen. Seit 1980 wird beispielsweise der Epidemiologische Suchtsurvey durchgeführt. In der aktuellsten Erhebung von 2009 gaben 29,2 % der befragten 18- bis 64-Jährigen an, in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben (Pabst et al. 2010). Die meisten Raucherinnen und Raucher finden sich in den Altersgruppen von 21 bis 29 Jahren, mit zunehmendem Alter nimmt die Prävalenz stetig ab und die Zahl der ehemaligen Raucherinnen und Raucher steigt. Männer rauchen insgesamt deutlich häufiger als Frauen (32,8 % vs. 25,5 %). Im Zeitverlauf betrachtet ist die Prävalenz des Rauchens von 1980 bis in die Mitte der 1990er-Jahre deutlich gesunken, danach ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Erwachsenenbevölkerung über einen Zeitraum von zehn bis 15 Jahren relativ stabil geblieben und erst zwischen 2006 und 2009 nochmals gesunken (Baumeister et al. 2008, Kraus et al. 2010).

Um das Rauchverhalten von Jugendlichen zu erfassen, führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) regelmäßig die sogenannte Drogenaffinitätsstudie durch. Im Jahr 2008 lag die Raucherquote der 12- bis 25-Jährigen bei 28,1 %, wobei sich keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen finden ließen (BZgA 2009). In der Altersgruppe der 12- bis 17-Jähri-

gen konnten 10,2 % der Jugendlichen als aktuelle Raucher klassifiziert werden. Die Mehrheit der Raucherinnen und Raucher gab an, täglich zu rauchen. Das Durchschnittsalter, in dem Jugendliche ihre erste Zigarette rauchen, liegt konstant zwischen 13 und 14 Jahren. Seit Mitte der 1990er-Jahre geht der Anteil der aktuellen Raucherinnen und Raucher bei Jugendlichen deutlich zurück.

Das Rauchverhalten wird von zahlreichen sozialen Merkmalen beeinflusst. So variiert der Anteil der Raucherinnen und Raucher beispielsweise mit Schulbildung, Beruf, Einkommenssituation und Erwerbsstatus. Generell gilt, dass Personen mit geringerem sozioökonomischem Status, niedrigerem Bildungsniveau, geringerem Einkommen und Arbeitslosigkeit häufiger und stärker rauchen, während Personen mit besserer sozioökonomischer Ausgangslage seltener Raucherinnen bzw. Raucher sind. Unter den Erwerbstätigen finden sich die höchsten Raucheranteile in eher manuellen Berufen (zum Beispiel Handwerker/Handwerkerinnen, Köche/Köchinnen), in Pflegeberufen (zum Beispiel aus den Bereichen Krankenpflege und Altenpflege) sowie bei Beschäftigten im Hotel- und Gaststättengewerbe. Die niedrigsten Raucheranteile finden sich dagegen in akademischen Berufen (zum Beispiel Lehrer/Lehrerinnen, Ärzte/Ärztinnen, Ingenieure/Ingenieurinnen) (Deutsches Krebsforschungszentrum 2009).

1.2 Pharmakologische Aspekte des Rauchens

Nachfolgend werden die grundlegenden pharmakologischen Aspekte des Rauchens und der Nikotinwirkung im Überblick dargestellt. Für weiterführende Informationen sei auf die entsprechenden Kapitel in grundlagenorientierten Büchern verwiesen (zum Beispiel Batra 2000, Haustein 2001).

Tabakrauch ist ein Stoffgemisch, das aus einer Gasphase und einer Partikelphase besteht. Die Gasphase macht etwa 95 % der Gesamtmenge aus und enthält Stickstoff, Sauerstoff, Kohlendioxid sowie Kohlenmonoxid, Blausäure, Stickoxide, Ammoniak und Formaldehyd. In der Partikelphase, die 5 % der Gesamtmenge ausmacht, kommen neben Nikotin mehr als 4000 verschiedene chemische Stoffe vor, darunter verschiedene Kohlenwasserstoffe, Phenole und Schwermetalle. Diese Inhaltsstoffe werden grob in drei Hauptbestandteile un-

tergliedert: Nikotin, Kohlenstoffmonoxid und Kondensat/Teer (dies ist die Gesamtmenge der in einer Zigarette enthaltenen Partikel).

Der aktive Wirkstoff des Zigarettenrauchs ist das Nikotin, ein Pflanzengift, das bei Überdosierung zu schweren Vergiftungserscheinungen und sogar zum Tod führen kann. Der menschliche Körper nimmt das Nikotin beim Rauchen über die Schleimhäute und die Lungenbläschen auf. Durch das Lungengewebe gelangt es in den Blutkreislauf und erreicht über die Blut-Hirn-Schranke innerhalb weniger Sekunden das Gehirn. Aufgrund seiner besonderen Molekülstruktur, die körpereigenen Botenstoffen ähnelt, bindet Nikotin an die Rezeptoren von Nervenzellen und aktiviert die Ausschüttung bestimmter Botenstoffe und Hormone. Durch diesen Prozess werden eine Reihe physiologischer und zentralnervöser Reaktionen ausgelöst, zum Beispiel eine Zunahme der Herzfrequenz, ein Anstieg des Blutdrucks, eine Abnahme des Hautwiderstands, ein Absinken der Hauttemperatur sowie eine Steigerung der psychomotorischen Leistungsfähigkeit und von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen.

Eine zentrale Rolle für die Entwicklung einer Abhängigkeit scheint die Aktivierung einer bestimmten Gehirnregion zu haben, die als mesolimbisches Dopaminsystem oder „Belohnungssystem“ bezeichnet wird. Dopamin ist ein körpereigener Botenstoff, der hauptsächlich für die Vermittlung positiver Gefühle verantwortlich gemacht wird und somit von entscheidender Bedeutung für die Verstärkung von Verhaltensweisen, aber eben auch die Entwicklung von Abhängigkeit ist. Die Aktivierung von Botenstoffen im Gehirn beeinflusst darüber hinaus auch die Motivation und Erwartungshaltung von Raucherinnen und Rauchern, sodass diese vom Rauchen zunehmend positive Effekte erwarten. Dadurch wird letztlich das Verlangen (Craving) nach der nächsten Zigarette erhöht. Außerdem ist die psychophysiologische Wirkung, die durch das Nikotin hervorgerufen wird, durch ein sogenanntes bivalentes Wirkspektrum gekennzeichnet, das heißt, das Rauchen vermittelt den Raucherinnen und Rauchern je nach Ausgangssituation und Erwartung entweder einen beruhigenden und entspannenden Effekt (zum Beispiel Unterdrückung von Angstgefühlen und Nervosität) oder es wirkt konzentrationsfördernd und anregend (zum Beispiel Steigerung von Aufmerksamkeit und Konzentration).

Die beiden anderen Hauptbestandteile des Tabakrauchs, Kohlenstoffmonoxid und Kondensat, sind keine aktiven Wirkstoffe, sondern Nebenprodukte, die beim Verbrennen der Zigarette entstehen. Kohlenmonoxid ist ein giftiges Gas, das durch Inhalation in das Blut gelangt und dort Einfluss auf die Sauerstoff-

versorgung des Körpers nimmt. Es verdrängt den Sauerstoff von seinen Bindungsstellen und führt so beim regelmäßigen Rauchen zu einer chronischen Unterversorgung mit Sauerstoff. Dies führt u. a. zu einer Abnahme der Leistungsfähigkeit und Konzentration sowie zu Müdigkeit. Zusätzlich bewirkt Kohlenmonoxid eine Schädigung der inneren Wandschicht der Blutgefäße, so dass diese schneller altern und anfälliger für Verkalkungen und Verengungen sind.

Kondensat (Teer) ist ein zähflüssiges Gemisch aus unterschiedlichen Partikeln, das als Rückstand beim Verbrennen von Tabak entsteht und als Gemisch aus Luft und Ruß eingeatmet wird. Durch den Teer werden die reinigenden Flimmerhärchen in den Atemwegen und der Lunge verklebt, was zu verschlechterten Abwehrreaktionen und längerfristig zu Entzündungen führen kann. Darüber hinaus besteht das Kondensat überwiegend aus ringförmigen Kohlenwasserstoffverbindungen, Spuren von Metallen und anderen Stoffen, die zu bösartigen Veränderungen in den Zellen führen können und als krebs-erregend gelten.

1.3 Tabak- und Nikotinabhängigkeit

In verschiedenen Publikationen findet man entweder die Bezeichnung „Tabakabhängigkeit“ oder den Begriff „Nikotinabhängigkeit“. Diese unterschiedliche Terminologie ist hauptsächlich unterschiedlichen Traditionen im amerikanischen und europäischen Raum geschuldet. In den USA wird, maßgeblich beeinflusst durch die American Psychiatric Association (APA 1994), von Nikotinabhängigkeit gesprochen, mit der Begründung, dass es eine Abhängigkeit ohne den Hauptwirkstoff Nikotin nicht geben würde. Im Gegensatz dazu geht die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation WHO 1992), die in Europa einen wesentlichen Einfluss auf die medizinische Terminologie hat, davon aus, dass die Beschränkung auf einen einzelnen Inhaltsstoff dem komplexen Zusammenspiel unterschiedlichster Faktoren beim abhängigen Rauchen nicht gerecht wird. Dieser Argumentation folgend wird in der vorliegenden Publikation der Begriff „Tabakabhängigkeit“ verwendet.

Die WHO hat für die Abhängigkeit von Substanzen sechs Kriterien festgelegt, die auch auf das Rauchen angewendet werden können. Diese sind in einem dia-

| |
|--|
| • Starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren |
| • Eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums |
| • Auftreten von körperlichen Entzugsserscheinungen bei Abstinenz oder Reduktion des Konsums bzw. fortgesetzter Konsum, um das Auftreten dieser Symptome zu vermeiden |
| • Toleranzentwicklung: Um eine gleich bleibende Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich |
| • Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums |
| • Fortgesetzter Konsum trotz des Nachweises gesundheitlicher Folgeschäden |

Tab. 1: Kriterien für eine Tabakabhängigkeit nach ICD-10 (Dilling et al. 1991)

gnostischen Klassifikationssystem (International Classification of Diseases ICD-10; Dilling, Mombour und Schmidt 1991) dargestellt und werden in Tabelle 1 zusammengefasst. Um von einer Tabakabhängigkeit sprechen zu können, müssen innerhalb eines Jahres mindestens drei dieser sechs Kriterien vorliegen. Einige Aspekte, die für die Diagnose der Abhängigkeit von anderen Substanzen von Bedeutung sind, spielen beim Rauchen kaum eine Rolle. Dies betrifft beispielsweise die Einschränkung anderer Aktivitäten aufgrund des Tabakkonsums. Am häufigsten werden von Raucherinnen und Rauchern die Kriterien „Entzugssymptome“, „fortgesetzter Gebrauch trotz gesundheitlicher Schäden“ und „Kontrollminderung“ genannt.

Mithilfe der ICD-10-Kriterien ist eine Unterteilung in abhängigen und nicht-abhängigen Konsum möglich. Die Stärke der Abhängigkeit kann mit einem solchen kategorialen System jedoch nicht angegeben werden. Bei der Darstellung der Rauchproblematik wird daher kaum auf die ICD-10-Kriterien Bezug genommen. Zur Messung der Tabakabhängigkeit wird stattdessen häufig der Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND; Heatherton et al. 1991) eingesetzt, mit dessen Hilfe die Schwere der Abhängigkeit auf einem Kontinuum dargestellt werden kann. Als psychometrischer Test erfasst der FTND neben dem Umfang des täglichen Zigarettenkonsums hauptsächlich Variablen der körperlichen Abhängigkeit (eingeschränkte Kontrolle, Entzugssymptome). Insgesamt besteht der Test aus sechs Fragen mit einer möglichen Gesamtpunktzahl zwischen 0 und 10 (Abbildung 1). Die Stärke der Abhängigkeit kann zwischen „gering“ (0 bis 2 Punkte) und „sehr stark“ (8 bis 10 Punkte) variieren. Die Ergebnisse des Fagerström-Tests korrelieren gut mit dem Auftreten körperlicher Entzugsserscheinungen und mit biologischen Markern wie der

Kohlenmonoxidkonzentration in der Atemluft. Der Einsatz des Tests als diagnostisches Instrument wird international empfohlen. Darüber hinaus werden aus den Ergebnissen des FTND verbreitet Empfehlungen für die Dosierung und Anwendungsdauer der pharmakologischen (und zum Teil auch psychologischen) Therapien abgeleitet.

Internationale Studien belegen, dass die Gefahr, abhängig zu werden, bei Nikotin größer ist als bei anderen Substanzen, Nikotin also ein besonders hohes

| Fagerström-Test zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit | | |
|---|---|------------------|
| 1. Wie bald, nachdem Sie aufwachen, rauchen Sie Ihre erste Zigarette? | Innerhalb von 5 Minuten 6 bis 30 Minuten 31 bis 60 Minuten Nach 60 Minuten | 3 2 1 0 |
| 2. Finden Sie es schwierig, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, nicht zu rauchen (zum Beispiel in der Kirche, Bibliothek, im Kino etc.)? | Ja Nein | 1 0 |
| 3. Welche Zigarette möchten Sie am allerwenigsten aufgeben? | Die erste am Morgen Alle anderen | 1 0 |
| 4. Wie viele Zigaretten pro Tag rauchen Sie? | 10 oder weniger 11 bis 20 21 bis 30 31 oder mehr | 0 1 2 3 |
| 5. Rauchen Sie oft mehr in den ersten Stunden nach dem Aufwachen als am Rest des Tages? | Ja Nein | 1 0 |
| 6. Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, dass Sie die meiste Zeit des Tages im Bett verbringen? | Ja Nein | 1 0 |

| Auswertung | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| Gesamtpunktzahl | Einordnung |
| Gesamtwert von 0 bis 2 | Geringe körperliche Abhängigkeit |
| Gesamtwert von 3 bis 4 | Mittlere körperliche Abhängigkeit |
| Gesamtwert von 5 bis 6 | Starke körperliche Abhängigkeit |
| Gesamtwert von 7 bis 10 | Sehr starke körperliche Abhängigkeit |

Abb. 1: Der Fagerström-Test zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit (nach Heather-ton et al. 1991)

Abhängigkeitspotenzial aufweist. So geben beispielsweise Anthony, Warner und Kessler (1994) an, dass knapp 32 % der Personen, die jemals Tabak konsumiert haben, abhängig sind – ein Wert, der höher liegt als bei Heroin (23 %), Kokain (16 %) oder Alkohol (15 %). Deutsche Zahlen gehen davon aus, dass etwa jeder vierte (25 %) Raucher eine Abhängigkeit entwickelt, wohingegen es bei Alkohol 10 % und bei Kokain und Cannabis etwa 8 % sind (Lieb et al. 2000). Gerade bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich das Abhängigkeitspotenzial von Nikotin schon bei einem geringen Konsum. So zeigen 80 % der jungen Menschen, die fünf oder weniger Zigaretten pro Tag rauchen, mindestens ein Kriterium für eine Tabakabhängigkeit (DiFranza et al. 2000, 2002).

1.4 Gesundheitliche Schäden

Der Zigarettenkonsum hat aufgrund der zahlreichen im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe weitreichende Konsequenzen in Form unterschiedlichster gesundheitlicher Folgeschäden. Die umfassendste Zusammenstellung dieser Folgen stammt vom amerikanischen Gesundheitsministerium und beschreibt vier typische, vom Tabakrauch verursachte Krankheitsbilder: Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Gefäßerkrankungen, Atemwegserkrankungen und andere Krankheiten (US Department of Health and Human Services 2004). Die in dieser Publikation enthaltenen Erläuterungen werden in den folgenden Abschnitten zusammengefasst. Tabelle 2 listet die wichtigsten Krankheitsbilder auf.

Bis zu 20 % aller **Krebserkrankungen** können auf das Rauchen zurückgeführt werden, bei Lungenkrebs sind es sogar bis zu 90 % der Krankheitsfälle bei Männern bzw. bis zu 60 % bei Frauen. Dabei ist eine deutliche Dosis-Wirkungs-Beziehung zu beobachten, das heißt, das Risiko, eine Krebserkrankung zu entwickeln, steigt mit der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten, einem früheren Rauchbeginn, einer hohen Anzahl an Raucherjahren sowie mit dem Ausmaß der Inhalation. So konnten beispielsweise Garfinkel und Stellman (1988) die sogenannte „20er-Regel“ aufzeigen: 20 Jahre mit 20 Zigaretten pro Tag erzeugen demnach ein 20-fach erhöhtes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken. In Deutschland geht man davon aus, dass jährlich zwischen 50 000 und 70 000 Krebspatientinnen und -patienten an den Folgen des Rauchens sterben (Peto et al. 2000).

| |
|--|
| Krebserkrankungen |
| Lungenkrebs Mundhöhlen-, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs Harnleiter-, Blasen- und Nierenkrebs Magen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs Gebärmutterkrebs Leukämie |
| Herz- und Kreislauferkrankungen, Gefäßerkrankungen |
| Koronare Herzerkrankungen (Herzinfarkt) Zerebrovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall) Bauchaortenaneurysma Arteriosklerose |
| Atemwegserkrankungen |
| Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) Lungenentzündung Akute und chronische Bronchitis |
| Anderes |
| Schwangerschaftskomplikationen Unfruchtbarkeit bei Frauen Impotenz bei Männern Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür Niedrige Knochendichte |

Tab. 2: Vom Tabakrauch verursachte Krankheitsbilder (nach US Department of Health and Human Services 2004)

Rauchen führt zu einer veränderten Blutgerinnung, frühzeitiger Entwicklung von Arteriosklerose, einer erhöhten Herzfrequenz und erhöhtem Blutdruck, was die Entwicklung schwerwiegender **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** begünstigt. So ist das Risiko, an einer beliebigen kardiovaskulären Erkrankung zu erkranken, für Raucherinnen und Raucher zwei- bis vierfach erhöht. Durch die veränderte Fließeigenschaft des Blutes verdoppelt der Tabakkonsum das Risiko für Schlaganfälle. Insgesamt entfallen etwa 40 % der jährlichen Todesfälle aufgrund des Rauchens auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen infolge arteriosklerotischer Veränderungen.

Durch das Inhalieren des Tabakrauchs in die Lunge treten bei Raucherinnen und Rauchern vermehrt **Atemwegserkrankungen** auf, da es zu einem Verlust der bronchialen Flimmerhärchen, zu vermehrter Schleimproduktion sowie zu einer Zerstörung der Lungenbläschen kommt. Etwa 90 % der Patientinnen und Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD) rauchen oder haben geraucht. Fast zwei Drittel der Todesfälle dieser Erkrankung sind auf das Rauchen zurückzuführen. Das Risiko, an einer chronischen Lungenkrankung zu sterben, ist für Raucherinnen und Raucher 13-mal höher als für Nichtraucherinnen und Nichtraucher.

Regelmäßiger Tabakkonsum kann auch die Entwicklung einer Reihe **weiterer gesundheitlicher Probleme** nach sich ziehen. So kann es beispielsweise zu einer komplexen Veränderung der Schmerzwahrnehmung kommen, nach Operationen treten häufiger Komplikationen auf und die Wund- und Frakturheilung ist beeinträchtigt. Ein durchschnittlicher Konsum von 20 Zigaretten am Tag führt bereits in mittleren Jahren zu einem vorzeitigen Alterungsprozess der Haut um etwa zehn Jahre. Rauchen ist darüber hinaus in den Industrienationen einer der wichtigsten Risikofaktoren für eine nicht erfolgreich verlaufende Schwangerschaft.

Neben den bisher diskutierten körperlichen Gesundheitsschäden, die durch das Rauchen verursacht werden, finden sich auch zunehmend Belege dafür, dass Raucherinnen und Raucher ein erhöhtes Risiko für **psychische Störungen** haben. So zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen täglichem Zigarettenkonsum und dem späteren Ausbruch von affektiven Störungen, Angststörungen sowie anderen Substanzstörungen (Breslau, Novak und Kessler 2004). Zusätzlich wird berichtet, dass Raucherinnen und Raucher eine höhere Neigung zu Suizidalität haben (Bronisch, Höfler und Lieb 2008).

In einer viel zitierten Studie von John und Hanke (2001) wurde die durch den Zigarettenkonsum verursachte Sterblichkeit (sogenannte tabakrauchattributable Mortalität) für Deutschland berechnet. Demnach waren im Jahr 1997 insgesamt 143 390 Todesfälle in der Bundesrepublik auf das Rauchen zurückzuführen. Der Anteil an der Gesamtmortalität betrug 17 %. Damit verursacht der Zigarettenkonsum mehr jährliche Todesfälle als Aids, Alkohol, Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammen. Welte, König und Leidl (2000) setzten die entsprechenden Todesfälle mit der Lebenserwartung der Menschen in Beziehung und berechneten, dass durch das Rauchen in Deutschland im Jahr etwa 1,5 Millionen Lebensjahre vorzeitig zerstört werden. Dies ist zusätzlich mit erheblichen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden. Summiert man

direkte Kosten (akute Hospitalisierung, ambulante Versorgung, Medikamente) und indirekte Kosten (Krankheitstage, Frühberentung, Mortalität), ergeben sich pro Jahr 17,5 Milliarden Euro tabakkonsumbedingte Kosten (dies entspricht 1 % des Bruttoinlandsprodukts).

1.5 Passivrauchen

Raucherinnen und Raucher atmen nur etwa ein Viertel des Rauchs einer Zigarette selbst ein und wieder aus, während drei Viertel als sogenannter Nebenstromrauch direkt in die Raumluft verglimmen. Dieser enthält die gleichen giftigen und krebserregenden Substanzen wie der von Raucherinnen und Rauchern inhalierte Hauptstromrauch. Viele Stoffe, wie zum Beispiel Stickoxide, entstehen beim langsamen Verglimmen durch die niedrigeren Temperaturen sogar in höheren Dosen. Der Tabakkonsum schädigt somit nicht nur die aktiven Raucherinnen und Raucher, sondern auch Personen, die den Zigarettenrauch über die Raumluft einatmen (Deutsches Krebsforschungszentrum 2005).

Passivrauchen kann nicht nur eine Belästigung darstellen, sondern bei Nichtraucherinnen und -rauchern auch zu ernstesten Gesundheitsschäden führen. Schon eine kurzfristige Aussetzung kann zu Reizungen der Atemwege, Schleimhäute und Augen sowie zu Kopfschmerzen, Schwindel und Müdigkeit führen. Bei langfristigem Passivrauchen drohen die gleichen akuten und chronischen Gesundheitsschäden wie bei aktiven Raucherinnen und Rauchern, auch wenn diese insgesamt seltener und meist in geringerem Ausmaß auftreten. Beispielsweise gehen internationale Studien davon aus, dass das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, für passiv rauchende Menschen im Vergleich zu unbelasteten Nichtraucherinnen und -rauchern etwa um 20 % erhöht ist. Auch andere Atemwegserkrankungen, akute und chronische Herzerkrankungen, Herzinfarkte und Schlaganfälle treten bei Menschen, die Tabakrauch ausgesetzt sind, häufiger auf. Das Ausmaß der Schädigung ist dabei abhängig vom Grad der Exposition. Besonders gefährdet sind ungeborene Kinder, Säuglinge und Kleinkinder sowie körperlich schwache und chronisch kranke Menschen. Nach Schätzungen des Deutschen Krebsforschungszentrums (Deutsches Krebsforschungszentrum 2005) sterben in Deutschland jährlich mindestens 3300 Menschen an verschiedenen Erkrankungen, die durch das Passivrauchen hervorgerufen werden (koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Lungenkrebs, COPD, plötzlicher Kindstod). Über 70 % dieser Todesfälle entfallen auf Frauen.

2

Grundlagen der Tabakentwöhnung

Tabakkonsum und -abhängigkeit sind komplexe multikausale Phänomene. Es gibt keinen einzelnen Faktor, der den Beginn und die Entwicklung des Konsumverhaltens bedingt, sondern es spielt eine Vielzahl unterschiedlicher biologischer, psychologischer und sozialer Aspekte eine Rolle. Durch diese Komplexität ergeben sich auch für den Bereich der Tabakentwöhnung unterschiedliche Ansatzpunkte und spezifische Interventionstechniken. Kapitel 2 beschreibt allgemeine Mechanismen der Tabakentwöhnung, die für die verschiedenen Arten von Hilfsmaßnahmen von Bedeutung sind. Damit soll der Leser bzw. die Leserin ein Verständnis davon erhalten, wie Tabakentwöhnung

wirkt und wie sich die verschiedenen Maßnahmen einteilen lassen. Ausgehend von den natürlichen Ausstiegsprozessen aus dem Rauchen werden allgemeine Ansätze und deren Wirkfaktoren sowie spezifische Komponenten professioneller Hilfsangebote dargestellt.

2.1 Natürliche Verläufe des Tabakkonsums

Der Verlauf des Konsums ist individuell verschieden und es lassen sich keine allgemeingültigen Prognosen treffen. Dennoch haben sich aus der Forschungsliteratur bestimmte Prozesse herausgestellt, die den Einstieg und den Ausstieg in vielen Fällen wesentlich beeinflussen.

Einstiegsprozesse

Für den Einstieg in das Rauchen scheinen vor allem soziale Aspekte von Bedeutung zu sein. So werden schon früh im Kindesalter über das Beobachtungslernen bestimmte Erwartungen und Vorstellungen über Rauchsituationen und damit verbundene Effekte ausgebildet. Der Griff zur ersten Zigarette ist hauptsächlich motiviert durch Neugierde, den Wunsch, sich bewusst von bestimmten Normen der Erwachsenenwelt abzugrenzen, oder durch das Zugehörigkeitsgefühl zur Peergroup. Das Rauchverhalten tritt zunächst fast nur in Situationen auf, in denen eine entsprechende soziale Verstärkung, zum Beispiel durch andere Gruppenmitglieder, erwartet wird.

Im Jugendalter ist das Rauchen meist noch kein stabiles Verhalten, sondern in hohem Maße reversibel. Ob sich aus der Experimentierphase ein gewohnheitsmäßiger, regelmäßiger oder abhängiger Konsum entwickelt, ist von einer Reihe biologischer, psychologischer und sozialer Einflüsse abhängig. Fällt die subjektive Bewertung der ersten Raucherfahrungen sehr negativ aus (zum Beispiel wegen ausgeprägter Übelkeit oder Kreislaufschwäche), kann dies einen weiteren Konsum verhindern.

Wird das Rauchen jedoch nicht frühzeitig eingestellt, können sich aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials des Nikotins bereits innerhalb weniger Tage oder Wochen erste Symptome einer Tabakabhängigkeit entwickeln (Di Franza et al. 2002). Auch die psychotrope Wirkung des Nikotins spielt dann

zunehmend eine Rolle, das heißt, der Raucher bzw. die Raucherin lernt, das bivalente Wirkspektrum – also die entspannenden oder anregenden Konsequenzen des Rauchens – als wichtigen Verstärker zu nutzen. Mit zunehmender Konsumdauer treten die positiven sozialen Folgen immer mehr in den Hintergrund und das Rauchverhalten verselbstständigt sich. Es entwickeln sich stabile Konsummuster mit Symptomen körperlicher und psychischer Abhängigkeit.

Ausstiegsprozesse

Die meisten Raucherinnen und Raucher hören irgendwann in ihrem Leben wieder mit dem Rauchen auf. So gibt es in der Bevölkerung ab dem 50. Lebensjahr mehr Ex-Raucherinnen und -Raucher als aktuelle Raucherinnen und Raucher. Viele Konsumentinnen und Konsumenten sind mit ihrem Verhalten unzufrieden, und weit mehr als zwei Drittel der aktuellen Raucherinnen und Raucher haben bereits einen Versuch unternommen, das Rauchen zu reduzieren oder zu beenden. Jedes Jahr versuchen zwischen 20 und 30 % aller Raucherinnen und Raucher aufzuhören (Junge und Nagel 1999). Die von den Betroffenen selbst angegebenen Gründe für Aufhörversuche lassen sich meist einer der folgenden Kategorien zuordnen (Kröger, Krumbiegel und Meiners 1999):

- soziale und gesellschaftliche Auslöser (zum Beispiel sozialer Druck, Ratsschlag von Ärztin bzw. Arzt, Rauchverbote, Kosten),
- körperliche und gesundheitliche Gründe (zum Beispiel akute Erkrankung, Gesundheitsschäden),
- Verlust der Verstärkerqualität,
- Gefühl der Abhängigkeit und Überdosis/Ekel.

Weniger als 9 % der Ex-Raucherinnen und -Raucher haben bei ihrem erfolgreichen Aufhörversuch professionelle Hilfsangebote inklusive Medikation genutzt (Meyer et al. 2000). Die überwiegende Mehrheit der Raucherinnen und Raucher schafft den Ausstieg eigenständig und ohne eine formale Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dennoch sind die Erfolgsaussichten selbstinitiiertter Aufhörversuche insgesamt sehr gering. Nur 3 bis 7 % dieser Initiativen sind über den Zeitraum eines halben Jahres erfolgreich. Besonders hoch ist das Rückfallrisiko in den ersten Tagen nach dem Rauchstopp. Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls verringert sich mit der Zeit, bleibt zu einem gewissen Ausmaß aber dauerhaft bestehen. Die häufigsten Gründe für einen Rückfall sind Entzugssymptome, Stress, mangelnde Motivation oder Verführung durch andere Raucherinnen und Raucher (Stumpfe, Vähjunker und Kulig 1992).

2.2 Allgemeine Wirkmechanismen der Tabakentwöhnung

Die verschiedenen Maßnahmen zur Tabakentwöhnung erklären die Wirkweise und die Erfolge – also die Frage, wie und warum die Intervention erfolgreich war – in der Regel mit sehr unterschiedlichen Begriffen und in unterschiedlicher Komplexität. Aus wissenschaftlicher Sicht sollten überprüfbare Hypothesen formuliert werden, wie eine erfolgreiche Intervention wirkt. Da in der vergleichenden Psychotherapieforschung häufig vergleichbare Ergebnisse mit unterschiedlichen Interventionen erzielt werden – so zum Beispiel in dem in der Suchtforschung bekannten MATCH-Projekt (Babor und Del Boca 2002) –, konzentriert sich eine zentrale Forschungsrichtung auf die Suche nach Faktoren, die alle Interventionen gemeinsam haben.

Im deutschsprachigen Raum hat die Arbeitsgruppe von Grawe diese Thematik intensiv beforcht. In Anlehnung an Grawe (1995) lassen sich allgemeine Wirkfaktoren für psychotherapeutische Interventionen definieren, die sich auf die Tabakentwöhnung übertragen lassen. Alle Anbieter von Hilfsmaßnahmen sollten bestrebt sein, diese Wirkfaktoren möglichst umfassend zu realisieren, um die Wahrscheinlichkeit für ein positives Behandlungsergebnis zu erhöhen.

Ressourcenaktivierung: Dieses Prinzip beschreibt die Berücksichtigung und Einbeziehung der Ressourcen und Stärken der hilfesuchenden Person. Positive Eigenschaften, Motivationen und Kompetenzen, die jeder Einzelne mitbringt, werden im Verlauf der Intervention identifiziert, gewürdigt und aktiv genutzt, sodass positive Erfahrungen gemacht werden können und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt wird.

Problemaktualisierung: Bei diesem Prinzip wird das zu behandelnde Problem, also der Tabakkonsum, konkret und unmittelbar erfahrbar gemacht. Durch eine Konfrontation mit dem eigenen Rauchverhalten und dessen positiven wie negativen Aspekten sollen neue, insbesondere gefühlsmäßige Erfahrungen und Erkenntnisse gewonnen werden, die dann die Grundlage für den Veränderungsprozess bilden.

Problembewältigung: Der Berater bzw. die Beraterin bietet aktive Unterstützung, um Strategien zur Bewältigung des Tabakkonsums, zum Beispiel im Umgang mit kritischen Situationen, aufzubauen. Mithilfe konkreter therapeutischer Methoden (zum Beispiel Problemlösetraining, Erproben von Techni-

ken, Vorstellungsübungen) werden die Handlungskompetenz erhöht und die Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt.

Motivationale Klärung: Bei diesem Prinzip geht es um das Erkennen und Verstehen der Bedingungsfaktoren des eigenen Tabakkonsums. Erwartungen, Gedanken und Gefühle gegenüber dem Tabakkonsum und gegenüber der angestrebten Abstinenz bzw. dem rauchfreien Leben werden identifiziert. Dadurch entsteht ein größeres Bewusstsein für das eigene Problemverhalten und die Motivation und die eigenen Möglichkeiten können realistischer eingeschätzt werden.

Therapeutische Beziehung: Eine positive Beziehung zum Berater bzw. zur Beraterin, der/die als vertrauenswürdig, fachlich kompetent und einfühlsam wahrgenommen wird, stellt eine zentrale Voraussetzung für die Wirksamkeit von Interventionen zur Tabakentwöhnung dar und bildet die Grundlage für die Wirksamkeit der anderen vier Faktoren.

In ihrer Gesamtheit können die beschriebenen fünf Wirkprinzipien als wichtige Determinanten wirksamer Hilfsangebote angesehen werden. Die Wirksamkeit einer Intervention hängt somit davon ab, wie gut diese allgemeinen Faktoren im Beratungsprozess berücksichtigt und realisiert werden. Die Wirkfaktoren werden über die spezifischen Interventionsmethoden umgesetzt. Bisher gibt es jedoch keine eindeutigen Forschungsergebnisse darüber, welche Wirkfaktoren in welchem Ausmaß durch welche Interventionen aktiviert werden.

2.3 Phasen und Ebenen des Ausstiegsprozesses

Der Ausstiegsprozess lässt sich in drei Phasen und auf drei verschiedenen Ebenen des Rauchverhaltens darstellen (Hoch und Kröger 2006, Kröger 2000). Die drei Phasen sind:

1. Vorbereitung des Rauchstopps bis zur Entscheidung für das rauchfreie Leben,
2. Beendigung des Rauchens mit Planung und Umsetzung des konkreten Rauchstopps und
3. Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Abstinenz.

| Ebene \ Phase | Vorbereitung | Beendigung | Stabilisierung |
|---------------------------------|--------------|------------|----------------|
| Kognitiv-emotional-motivational | | | |
| Verhalten | | | |
| Physiologisch-biologisch | | | |

Abb. 2: Phasen und Ebenen des Ausstiegsprozesses

Die drei Ebenen, die beim Prozess der Veränderung vom Raucher zum Nicht-raucher einbezogen werden, sind:

1. die kognitiv-emotional-motivationale Ebene,
2. die Verhaltensebene und
3. die physiologisch-biologische Ebene (s. Abb. 2).

Die drei Ebenen des Rauchverhaltens sind in den verschiedenen Phasen der Tabakentwöhnung unterschiedlich relevant. So spielt etwa die Ebene der Kognitionen, Emotionen und Motivation vor allem in der Vorbereitungsphase eine zentrale Rolle, wenn es um die Erhöhung der Veränderungsbereitschaft geht. Im Gegensatz dazu ist die Verhaltensebene vor allem in der Beendigungs- und auch in der Stabilisierungsphase wichtig, wenn die alte Gewohnheit des Rauchens aufgegeben und durch Alternativverhalten ersetzt werden soll. Auch die biologisch-physiologische Ebene spielt in den beiden letzten Phasen eine größere Rolle, zum Beispiel in Bezug auf mögliche Entzugserscheinungen, die Gewichtskontrolle oder die Umsetzung von Entspannungsverfahren.

2.4 Komponenten der Tabakentwöhnung

Den Ausstiegsprozess zu fördern und zu unterstützen, ist die zentrale Aufgabe von Tabakentwöhnungsmaßnahmen. Dies wird auf sehr unterschiedliche Art und Weise mithilfe verschiedenster Methoden und Interventionsansätze versucht. In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen Komponenten von Hilfsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung dargestellt. Dabei werden die Komponenten den zuvor beschriebenen Phasen des Ausstiegsprozesses (Vorbereitungs-, Beendigungs-, Stabilisierungsphase) zugeordnet. Eine solche Zuordnung stellt einen Versuch einer inhaltlichen Gliederung dar, der nicht ausschließlich

sein kann, da eine eindeutige Abgrenzung der Phasen nicht möglich ist. Vielmehr gehen diese Phasen ineinander über, und die beschriebenen Methoden können für mehrere Phasen relevant sein.

Vorbereitungsphase

In der ersten Phase steht die Motivationsbildung im Mittelpunkt mit dem Ziel, eine klare, ausgewogene Entscheidung für den Rauchstopp zu treffen. Schwerpunkte sind die Stärkung der Motivation und die Förderung des Vertrauens in die eigenen Abstinenzfertigkeiten.

Die **Wissensvermittlung** (Psychoedukation) fällt schwerpunktmäßig in die Vorbereitungsphase. Den Raucherinnen und Rauchern werden zunächst Informationen bezüglich des Störungsmodells zur Verfügung gestellt. Dies soll ihnen zum Beispiel helfen zu verstehen, wie eine Abhängigkeit entsteht und wieso man als Raucherin bzw. Raucher trotz der zahlreichen gesundheitlichen Gefahren weiterraucht. Darüber hinaus können grundlegende Informationen zu Tabak und Tabakabhängigkeit sowie den gesundheitlichen Folgen etc. vermittelt werden. Schließlich bezieht sich die Wissensvermittlung auch auf das konkrete Behandlungsrational, indem die Raucherinnen und Raucher über die Inhalte, Durchführung und Wirkweise der Hilfsmaßnahme informiert werden.

Mithilfe der **Selbstbeobachtung** sollen sich die Raucherinnen und Raucher mit ihrem Rauchverhalten auseinandersetzen. Die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des Rauchens werden verdeutlicht. Durch den Einsatz von Tagebüchern und Strichlisten werden Situationen und Gegebenheiten identifiziert, in denen geraucht wird, und die damit zusammenhängenden Gefühle, physiologischen Reaktionen, Verhaltensmuster und Konsequenzen werden beschrieben.

Maßnahmen zur **Förderung der Motivation** haben das Ziel, mögliche Widerstände abzubauen, die Veränderungsbereitschaft der Raucherinnen und Raucher zu erhöhen und die Entscheidung für einen Rauchstopp herbeizuführen. Dazu werden verschiedene Prinzipien angewendet, die unter anderem auf dem psychologischen Konzept der kognitiven Dissonanz¹ (Festinger 1957) und dem

¹ Kognitive Dissonanz beschreibt einen Zustand unangenehmer psychischer Spannung, der durch zwei widersprüchliche Kognitionen ausgelöst wird. Zum Beispiel: „Ich rauche gern, weil ich mich dadurch gut entspannen kann“ sowie „Ich gebe viel Geld für das Rauchen aus, das ich für andere Dinge dringender gebrauchen könnte“.

psychotherapeutischen Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung (engl.: Motivational Interviewing; Miller und Rollnick 2002) aufbauen. Folgende inhaltliche Komponenten können zum Einsatz kommen:

- Auflistung von Vor- und Nachteilen des Rauchens bzw. Nichtrauchens (Pro-Contra-Listen),
- Imaginationsübungen zu den Vor- und Nachteilen des Rauchens und des rauchfreien Lebens,
- Erhöhung der Ambivalenz (Erzeugen bzw. Förderung der kognitiven Dissonanz),
- kognitive Umstrukturierung rauchbezogener Gedanken und Einstellungen (Reframing),
- Informationsgabe über die Gründe und Folgen des Rauchens sowie über die zu erwartenden positiven gesundheitlichen Veränderungen des Nichtrauchens,
- Herstellung eines emotionalen Bezugs und einer persönlichen Betroffenheit in Bezug auf das Rauchverhalten,
- Rückmeldung über das individuelle Rauchverhalten,
- Einschätzung des gegenwärtigen Stellenwerts einer Verhaltensänderung und das Vertrauen in eine Veränderung.

Beendigungsphase

In der zweiten Phase wird der Rauchstopp festgelegt und der Ausstieg durch die möglichst konkrete Planung des rauchfreien Lebens vorbereitet. Grundsätzlich kann zwischen zwei unterschiedlichen Methoden zur Erlangung der Rauchfreiheit unterschieden werden. Bei der Schlusspunktmethode wird vor einem verbindlich festgelegten Stopptag das Rauchverhalten nicht geändert. Dagegen sieht die Reduktionsmethode eine schrittweise Herabsetzung des Zigarettenkonsums vor, bevor das Rauchen – ebenfalls zu einem festgelegten Termin – ganz eingestellt wird.

Durch die Methode des **Selbstmanagements** sollen die Raucherinnen und Raucher das eigene Rauchverhalten unter Kontrolle bringen. Da bestimmte Hinweisreize (Stimuli) oder Situationen an das Rauchen erinnern und das Verlangen nach einer Zigarette auslösen können, werden im Rahmen der Stimuluskontrolle beispielsweise Zigaretten weggeworfen, Aschenbecher weggestellt oder bestimmte Risikosituationen definiert, die eine Zeit lang vermieden werden sollen. Im Rahmen der Selbstverstärkung sollen sich die Raucherinnen und Raucher explizit für die erreichten Erfolge (zum Beispiel rauchfreie Tage, bestimmte Dauer der Abstinenz) belohnen. Die Belohnungen werden dabei

selbst definiert (zum Beispiel ein Buch kaufen, sich Zeit für Hobbys nehmen, Stolz auf sich selbst sein) und müssen nicht immer materiell sein. Das Ziel ist es, die neuen Verhaltensweisen zu verstärken und frühere Reiz-Reaktions-Ketten zu entkoppeln.

Im Rahmen des **Kontingenzmanagements** werden Konsequenzen im lerntheoretischen Sinn in die Behandlung einbezogen. Die Grundannahme besteht darin, dass mithilfe positiver externer Verstärkung oder sogenannter *Response-cost*-Strategien ein rauchfreies Leben etabliert und stabilisiert werden kann. In der praktischen Umsetzung sieht dies so aus, dass mit den aufhörwilligen Raucherinnen und Rauchern ein individuelles Belohnungssystem erarbeitet wird. Neben materiellen Verstärkern wie Geld sind dabei auch soziale Verstärker wie gemeinsame Aktivitäten mit Freunden und Freundinnen möglich. Die Verstärker können kontingent kurzfristig für kleine Schritte (zum Beispiel am Ende eines rauchfreien Tages) oder zeitversetzt für einen längeren Zeitraum (zum Beispiel ein halbes rauchfreies Jahr) eingesetzt werden. Als alternative Strategie können auch *response costs* eingeführt werden, wobei die Betroffenen für sich relevante Verstärker abgeben müssen (zum Beispiel Geld an eine ungeliebte Organisation spenden), wenn sie ihr Zielverhalten nicht erreicht haben.

Beim **Aufbau von Problemlöse- und sozialen Fertigkeiten** lernen die Raucherinnen und Raucher zunächst, kritische Versuchungssituationen zu erkennen, indem sie Situationen in der Umwelt, aber auch körperliche Reize, Gefühle und Gedanken identifizieren, die das Risiko des Rauchens oder eines Rückfalls erhöhen. Zur Bewältigung solcher Risikosituationen werden in weiteren Schritten spezifische Bewältigungsfertigkeiten gesammelt, ausgewählt und eingeübt. Beispiele hierfür sind das gezielte Antizipieren und Verändern von Versuchungssituationen, kognitive Strategien zum Umgang mit negativen Gefühlen, Veränderungen des Lebensstils, um Stress zu reduzieren, oder Bewältigungsstrategien zum Umgang mit dem Rauchverlangen (zum Beispiel Anti-Craving-Strategien, Aufmerksamkeitslenkung, Achtsamkeitsübungen). Darüber hinaus wird das Selbstbewusstsein gestärkt, um mit den Risikosituationen effektiver umgehen zu können.

Um das Ziel zu erreichen, rauchfrei zu werden und dies langfristig zu bleiben, wird auch **soziale Unterstützung** gezielt eingesetzt. So ist beispielsweise die Unterstützung durch den Berater bzw. die Beraterin, der/die sich Zeit nimmt und auf die Situation und Bedürfnisse der Raucherinnen und Raucher eingeht, ein wesentlicher Bestandteil vieler Interventionen. Im Rahmen von Gruppen-

angeboten werden häufig auch andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer als Quelle sozialer Unterstützung wahrgenommen. Neben diesen Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der Entwöhnungsmaßnahme ist auch die Hilfe von wichtigen Bezugspersonen außerhalb der Intervention von Bedeutung. Aufhörwillige Raucherinnen und Raucher können sich die Entwöhnung erleichtern, indem sie vertraute Personen, Familienangehörige oder Freundinnen und Freunde über ihren Aufhörversuch informieren und in das Entwöhnungsprogramm einbeziehen (zum Beispiel als Hilfe bei der Stimuluskontrolle, als soziale Verstärker oder bei der Planung von Alternativverhalten).

Zur Erreichung der Abstinenz können auch **aversive Ansätze** angewendet werden. Ziel dieser Methoden ist es, die positiven psychotropen Wirkungen des Rauchens durch unangenehme Konsequenzen zu ersetzen. Im Sinne einer Gegenkonditionierung soll das Rauchen dadurch von den als positiv erlebten Effekten entkoppelt und mit einer negativen Erlebnisqualität besetzt werden. Die am weitesten verbreitete Form dieser Verfahren ist das schnelle, exzessive Rauchen, bei dem die Raucherinnen und Raucher in kurzer Zeit möglichst viele Züge machen und dabei tief inhalieren sollen. Eine weitere Methode ist das „Rauchhalten“, bei dem die Raucherinnen und Raucher den Zigarettenrauch jeweils längere Zeit im Mund behalten ohne zu inhalieren. Wegen möglicher Nebenwirkungen (leichte Intoxikationserscheinungen) werden aversive Verfahren in der Tabakentwöhnung relativ selten eingesetzt. Stattdessen werden eher psychologische Aversionstherapien mithilfe kognitiver Verfahren durchgeführt. Beispielsweise sollen bei der verdeckten Sensibilisierung möglichst negative und unangenehme Bilder mit dem Rauchen assoziiert werden.

Ziel von **Suggestionen** ist es, Gedanken oder Gefühle so zu beeinflussen, dass das Rauchen nicht mehr attraktiv erscheint. Im Rahmen von hypnotherapeutischen Ansätzen werden positive und/oder negative Suggestionen gegeben, die auf das Unterbewusstsein der Raucherinnen und Raucher wirken sollen. Darüber hinaus können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch angeleitet werden, sich selbst im Rahmen einer Autosuggestion positive Suggestionen (Selbstaffirmationen) zu geben.

Stabilisierungsphase

Die dritte Phase im Prozess der Tabakentwöhnung dient der Stabilisierung oder Aufrechterhaltung der erreichten Veränderungen. Es werden Strategien zur Sicherung der Abstinenz entwickelt. Die in der Beendigungsphase eingeführten Elemente, das Selbstmanagement, das Kontingenzmanagement, die

Problemlöse- und sozialen Fertigkeiten sowie die soziale Unterstützung, werden fortgeführt, spezifiziert und gegebenenfalls intensiviert.

Rückfallprävention basiert im Wesentlichen auf dem sozialkognitiven Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985), das ursprünglich für den Bereich der Alkoholabhängigkeit entwickelt wurde, aber auch bei anderen Substanzen Anwendung findet. Diese Ansätze enthalten in der Regel die folgenden vier Komponenten:

1. Identifikation von Situationen und/oder Umständen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Rückfall führen können,
2. die Voraussicht, wann derartige Umstände eintreffen können,
3. die Identifikation von Bewältigungsstrategien (Kognitionen sowie Verhalten), um einen Rückfall in diesen Situationen zu vermeiden, und
4. das Einüben und Wiederholen dieser Strategien bis zum automatisierten Ablauf als Antwort auf das Rauchverlangen.

Besonders zu Beginn der Stabilisierungsphase steht das Erlernen von Strategien zum **Umgang mit Entzugerscheinungen und Rauchverlangen**. Entzugerscheinungen, die bei der Beendigung oder Reduktion des Zigarettenkonsums auftreten können, erschweren den Entwöhnungsprozess und stellen ein erhebliches Risiko für einen Rückfall dar. Die Angst vor spezifischen Entzugssymptomen wie zum Beispiel einem starken Verlangen nach einer Zigarette (Craving), Frustration, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit oder Kopfschmerzen ist bei vielen Betroffenen stark ausgeprägt. Im Rahmen der Psychoedukation können die kognitiven und emotionalen Aspekte angesprochen werden. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Entkatasrophisierung der Symptome. Da die Wahrnehmung und Gewichtung von Entzugssymptomen subjektiven Interpretationsprozessen unterliegt, ist die individuelle Bewertung der erlebten Symptome entscheidend dafür, ob bzw. als wie belastend diese Erscheinungen wahrgenommen werden. Es werden konkrete Verhaltensstrategien für den Umgang mit Entzugssymptomen geplant und ausprobiert. Anti-Craving-Strategien sollen auftretende negative Gefühlszustände kurzfristig überwinden helfen. Die pharmakologischen Interventionen setzen an diesem Punkt an, indem sie verhindern sollen, dass Entzugerscheinungen auftreten.

Als unerwünschte Nebenwirkung bei der Tabakentwöhnung ist eine Gewichtszunahme in den ersten Wochen nach Beginn der Abstinenz möglich. Zum einen besteht die Gefahr, dass mit dem Beenden des Rauchens Essen als Alternativverhalten eingesetzt wird – zum Beispiel, um Entzugerscheinungen zu

verringern oder um die Belohnung durch das Rauchen mit Nahrungsaufnahme auszugleichen. Zum anderen bedingt der Zigarettenkonsum einen erhöhten Stoffwechsel (zum Beispiel beschleunigter Blutdruck und Darmtätigkeit, Aktivierung der Fettoxidation), sodass ein Raucher bzw. eine Raucherin täglich etwa 200 kcal mehr verbraucht als ein Nichtraucher bzw. eine Nichtraucherin. Die physiologische Umstellung nach dem Rauchstopp kann dadurch eine Gewichtszunahme bewirken, auch ohne dass die Person ihr Essverhalten ändert. Wichtige Aspekte im Rahmen der **Gewichtskontrolle** sind die Psychoedukation, um die zu erwartenden Veränderungen zu besprechen, sowie eine individuelle Ernährungs- und Bewegungsberatung, um einem möglichen Gewichtsanstieg entgegenzuwirken.

Die Aufnahme kalorienarmer Nahrungsmittel sowie körperliche Bewegung können darüber hinaus auch als Alternativverhalten in kritischen Situationen eingesetzt werden und den Verstärkerverlust durch das Beenden des Rauchens kompensieren.

Da Stress ein weiteres Rückfallrisiko darstellt, sind **Maßnahmen zur Stressreduktion** wichtige Bestandteile im Hinblick auf das Stimmungs- und Gefühlsmanagement der aufhörwilligen Raucherinnen und Raucher. Verschiedene Formen von Entspannungsverfahren, körperlicher Aktivität oder Achtsamkeitsübungen werden eingesetzt. Diese Techniken sollen zum einen der aktiven Bewältigung von Entzugssymptomen dienen und zum anderen die Ex-Raucherinnen und -Raucher langfristig in die Lage versetzen, ihre Stimmungs- und Gefühlszustände kontrollieren zu können.

Der Platz, den das Rauchen im Leben eingenommen hat, soll durch eine **Änderung des Lebensstils** neu aufgefüllt werden, indem Einstellungen verändert und konkrete neue Verhaltensweisen ausgeführt werden. Zentraler Punkt ist hierbei die Entwicklung und das Einüben von Handlungsalternativen. Diese Verhaltensweisen sollen anstelle des Rauchens durchgeführt werden und helfen u. a. beim Umgang mit Entzugserscheinungen.

3.

Kategorisierung verfügbarer Hilfsmaßnahmen

In Deutschland existiert eine große Vielfalt verschiedenster Angebote, zwischen denen aufhörwillige Raucherinnen und Raucher wählen können, um sich Unterstützung beim Rauchausstieg zu holen. Konnten im Jahr 2000 noch insgesamt 35 Selbsthilfeprogramme und 15 Behandlungsmaßnahmen identifiziert werden (Kröger 2000), so hat es in den vergangenen zehn Jahren eine Explosion an Hilfsangeboten gegeben. Dies wird anhand der Ergebnisse einer einfachen Stichwortsuche in verschiedenen Quellen deutlich. Mit den beiden Suchbegriffen „Raucherentwöhnung“ und „Tabakentwöhnung“ ergeben sich im Verzeichnis lieferbarer Bücher des Deutschen Buchhandels insgesamt 122 Treffer und im Onlineangebot von amazon.de sogar 278 Treffer (Stand:

27.10.2009). Eine gänzlich uneingeschränkte Suche im Internet (www.google.de) erzielt etwa 160 000 Treffer für „Tabakentwöhnung“ und etwa 974 000 Treffer für „Raucherentwöhnung“. Diese steigende Vielfältigkeit und Komplexität des Marktes macht es zunehmend schwierig, einen Überblick über die verfügbaren Angebote zu bekommen.

In diesem Kapitel wird eine Kategorisierung von Tabakentwöhnungsangeboten vorgestellt, die eine schnelle Übersicht über existierende Maßnahmen ermöglicht. Diese Einteilung orientiert sich primär an internationalen Leitlinien (zum Beispiel Fiore et al. 2008) und aktuellen Überblicksarbeiten (zum Beispiel Cochrane-Reviews), die bestimmte Arten von Maßnahmen zusammenfassend beschreiben und diskutieren. Hauptsächlich erfolgt die Ordnung nach unterschiedlichen (Behandlungs-)Formaten, jedoch lässt sich dieser Ansatz aufgrund der hohen Komplexität nicht gänzlich durchhalten. Die drei Formate, die auch die größte Anzahl an Hilfsmaßnahmen beinhalten, sind demnach Selbsthilfemaßnahmen, Einzelberatungen und Gruppenberatungen. Auch wenn der Fokus dieses Fachhefts eindeutig auf diesen psychosozialen Interventio-

| |
|--|
| Selbsthilfemaßnahmen |
| Bücher und Broschüren |
| Videos/DVDs |
| CDs |
| Computergestützte Interventionen |
| Einzelberatung |
| Persönliche Beratung |
| Telefonberatung |
| Gruppenberatung |
| Singulärer Kontakt |
| Wiederholter Kontakt |
| Pharmakologische Interventionen |
| Nikotinhaltige Präparate |
| Sonstige pharmakologische Interventionen |
| Alternative Verfahren |
| Hypnose |
| Akupunktur |
| Anderes |

Abb. 3: Überblick über Kategorien von Hilfsmaßnahmen

nen liegt, werden der Vollständigkeit halber und aufgrund des besonderen Stellenwerts in der Tabakentwöhnung auch pharmakologische Interventionen und alternative Verfahren in die Übersicht eingeschlossen. Eine zusammenfassende Darstellung der berücksichtigten Kategorien zeigt Abbildung 3.

Die einzelnen Kategorien von Tabakentwöhnungsangeboten und ihre jeweiligen Untergruppen werden im Folgenden ausführlicher erläutert. Darüber hinaus wird jeweils gesondert thematisiert, in welcher Phase des Ausstiegsprozesses die unterschiedlichen Kategorien besonders relevant sind und welche Ebenen des Rauchverhaltens schwerpunktmäßig berücksichtigt werden.

3.1 Selbsthilfemaßnahmen

Selbsthilfemaßnahmen sind dadurch gekennzeichnet, dass kein persönlicher Kontakt zwischen den Anbietern und deren Nutzerinnen und Nutzern vorgesehen bzw. für den Erfolg notwendig ist. Ein minimaler Kontakt für die Übergabe der Materialien ist möglich. Ein wesentliches Merkmal von Selbsthilfemaßnahmen ist ihre leichte und zeitnahe Verfügbarkeit sowie die zeitliche Unabhängigkeit der Nutzung. Sie sind als eigenständige Maßnahme durchführbar, aber auch mit anderen Maßnahmen kombinierbar.

Selbsthilfemaßnahmen unterstützen den Raucher bzw. die Raucherin hauptsächlich in der Vorbereitungs- und Beendigungsphase. Sie haben das Ziel, Wissen zu vermitteln, die Ambivalenz bezüglich des Rauchens zu erhöhen und die Motivation zum Rauchstopp zu erhöhen. Sie zeigen einen Weg auf, wie ein Raucher bzw. eine Raucherin zum Rauchstopp gelangen kann. Hierbei setzen sie vorrangig an der kognitiv-emotional-motivationalen Ebene an. In der Beendigungsphase geben sie bei der Planung und Realisierung des Rauchstopps auch Unterstützung auf der Verhaltensebene.

Bücher und Broschüren

Ein großer Teil der Selbsthilfemaßnahmen erscheint als Printmedium in Form von Büchern oder Broschüren. Die entsprechenden Programme sind schriftlich ausformuliert und sollen von den Leserinnen und Lesern eigenständig durchgearbeitet werden.

Videos/DVDs

Auch visuelle Medien werden genutzt, um Raucherinnen und Raucher durch eine Tabakentwöhnungsmaßnahme zu führen. Die Inhalte der Programme werden dabei über Videosequenzen vermittelt.

CDs

Auditive Materialien zur Tabakentwöhnung werden zum einen als Hörbücher angeboten, die den Inhalt eines gleichnamigen Selbsthilfebuchs wiedergeben. Zum anderen ist es möglich, dass die Raucherinnen und Raucher mithilfe einer CD durch eine eigenständige Selbsthilfemaßnahme geleitet werden. Häufig beinhalten diese Angebote musikalische und/oder suggestive Elemente (etwa Entspannungsmusik, Fantasiereisen). Auditive Materialien können durch schriftliche Informationen (Begleitheft/Booklet) ergänzt sein.

Computerbasierte Interventionen

Die Durchführung bestimmter Maßnahmen ist an die Nutzung eines Computers gebunden. Zu dieser Gruppe zählen zum einen computergestützte Expertensysteme (Onlineprogramme zur Tabakentwöhnung), die den Nutzern und Nutzerinnen individuell angepasste Informationen als Hilfe beim Rauchausstieg bieten. Zum anderen lässt sich dieser Kategorie verschiedene Software (für Computer oder Spielkonsolen) zuordnen.

3.2 Einzelberatung

Unter Einzelberatung wird der individuelle Kontakt zwischen einzelnen Raucherinnen und Rauchern und dem Anbieter einer Hilfsmaßnahme verstanden. Eine individuelle Beratung kann je nach Ausgangssituation der Raucherin bzw. des Rauchers alle Verhaltensebenen und Phasen des Ausstiegsprozesses einbeziehen.

Persönliche Beratung

Je nach Intensität der Maßnahme kann zwischen ärztlichen Kurzinterventionen und intensiveren Beratungen unterschieden werden. Ärztliche Kurzinter-

ventionen, zu denen die „5 A“² und „5 R“³ gehören, folgen meist einem proaktiven Ansatz, bei dem die Initiative zur Durchführung der Maßnahme vom Anbieter ausgeht, ohne dass ein spezifisches Hilfesuch des Rauchers bzw. der Raucherin nötig ist. Intensivere Beratungen sind häufig reaktiv, das heißt, diese Interventionen setzen die explizite Entscheidung der Raucherinnen und Raucher voraus, sich aktiv Unterstützung beim Rauchausstieg zu holen.

Telefonberatung

Neben einem persönlichen Gespräch kann eine individuelle Beratung auch über das Telefon realisiert werden. Auch in diesem Fall sind reaktive Methoden (sogenannte Helplines) und proaktive Ansätze möglich.

3.3 Gruppenberatung

Gruppenberatung beschreibt einen persönlichen Kontakt zwischen mindestens zwei Raucherinnen und Rauchern und einem Anbieter mit dem Ziel, das Rauchen aufzugeben. Gruppenberatungen lassen sich anhand formaler Kriterien wie Umfang, Zeitaufwand und Dauer unterscheiden.

Singulärer Kontakt

Unter einem singulären Kontakt wird die Beratung einer Gruppe von Raucherinnen und Rauchern verstanden, die nach einem einzelnen Termin mit einer Gesamtdauer von maximal einem ganzen Tag abgeschlossen ist (zum Beispiel Ein-Tages-Seminare). Gruppenberatungen, die nur einen Kontakt umfassen, beschränken sich auf die Vorbereitungs- und Beendigungsphase und arbeiten vorrangig auf der Ebene von Kognitionen, Emotionen und Motivation.

2 Das 5-A-Prinzip beinhaltet: Abfragen des Rauchstatus („ask“), Anraten des Rauchverzichts („advise“), Ansprechen der Aufhörmotivation („assess“), Assistieren beim Rauchverzicht („assist“) und Arrangieren von Folgekontakten („arrange“).

3 Das 5-R-Prinzip soll vor allem bei eher unmotivierten Raucherinnen und Rauchern angewandt werden und beinhaltet: Relevanz des Rauchens aufzeigen („relevance“), Risiken betonen („risks“), Reize in Aussicht stellen („rewards“), Riegel des Rauchstopps eruieren („roadblocks“) und Repetition der Motivation („repetition“).

Wiederholter Kontakt

In dieser Kategorie werden umfassendere Interventionen zusammengefasst, die sich über mehrere Termine und einen längeren Zeitraum erstrecken. Diese Maßnahmen umfassen in der Regel alle drei Phasen des Ausstiegsprozesses, da sie meist kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert sind.

3.4 Pharmakologische Interventionen

Neben psychosozialen Interventionen wird pharmakologische Unterstützung zur Tabakentwöhnung angeboten. Hauptsächliches Ziel dieser Interventionen ist die Unterdrückung der Entzugssymptomatik, einschließlich des Rauchverlangens. Eine Kombination mit psychosozialen Interventionen wird gefordert. Pharmakologische Interventionen setzen auf der physiologisch-biologischen Ebene an und unterstützen die Raucherinnen und Raucher in der Beendigungs- und Stabilisierungsphase.

Nikotinhaltige Präparate

Nikotinhaltige Präparate sind nicht verschreibungspflichtige Pharmaka, die zur Nikotinsubstitution verwendet werden. Diese Mittel sollen Nikotinverlangen, Entzugssymptome und andere negative Begleiterscheinungen durch eine zeitlich begrenzte, nichtinhalative Nikotinzufuhr vermindern. In Deutschland sind Nikotinkaugummi, Nikotinpflaster, Nikotinlutschtabletten, Sublingualtabletten sowie Nikotininhaler zugelassen.

Sonstige pharmakologische Interventionen

In Deutschland sind zurzeit zwei verschreibungspflichtige Medikamente ohne Nikotin für die pharmakologisch unterstützte Entwöhnung zugelassen: das ursprünglich als Antidepressivum entwickelte Bupropion (Zyban®) sowie das speziell für den Einsatz bei der Tabakentwöhnung entwickelte Vareniclin (Champix®). Diese Medikamente wirken auf unterschiedliche Neurotransmittersysteme im zentralen Nervensystem und sollen dadurch das Aufhören bewirken (oder erleichtern) und einen Rückfall verhindern.

3.5 Alternative Verfahren

Unter alternativen Verfahren werden Maßnahmen mit bisher wenig untersuchten spezifischen Wirkmechanismen für den Bereich der Tabakentwöhnung zusammengefasst. Diese beruhen zum Teil auf tradierten Verfahren aus anderen Kulturkreisen (zum Beispiel Akupunktur) und auf wissenschaftlich ungeicherten Prinzipien (zum Beispiel Kräutermedizin).

Alternative Methoden werden hauptsächlich in der Beendigungsphase des Ausstiegsprozesses eingesetzt. Sie können auf den unterschiedlichsten Ebenen ansetzen. Hypnose arbeitet beispielsweise auf der kognitiven Ebene, Akupunktur und ein Teil der anderen Verfahren auf der physiologischen Ebene.

Hypnose

Hypnose ist eine suggestive Therapietechnik, bei der das Unterbewusstsein der Raucherinnen und Raucher angesprochen wird. Je nach Vorgehensweise soll die Motivation zum Aufhören gestärkt, das Verlangen nach einer Zigarette geschwächt und/oder die Anwendung von Verhaltensregeln beim Rauchstopp und das Widerstehen in Versuchungssituationen erleichtert werden. Die Behandlung kann in Gruppen oder in Einzelsitzungen stattfinden und eine oder mehrere Sitzungen umfassen. Eine Kombination mit dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehen ist möglich.

Akupunktur

Bei der Akupunktur werden in verschiedene Reizpunkte am Körper feine Nadeln eingestochen. Verwandte Arten der Akupunktur sind die Luxoakupunktur, bei der Lichtreize gesetzt werden, die Elektroakupunktur, bei der gezielt schwache Stromreize gesetzt werden, und die Akupressur, bei der eine leichte Druckmassage auf bestimmte Körperpunkte erfolgt. Akupunktur wird in der Regel in mehreren Einzelsitzungen angewandt, eine Kombination mit allen anderen Behandlungsverfahren ist möglich.

Anderes

Neben Psychopharmaka, die klinisch getestet und erprobt wurden und deren Wirkstoffe bekannt sind, werden auch Produkte angeboten, deren Bestandteile

und Mengenverteilung nicht allgemein bekannt sind. Zu dieser Gruppe gehören homöopathische und kräutermedizinische Behandlungen sowie Injektionen, die das Aufhören ermöglichen sollen. Weitere Bereiche der anderen Verfahren sind apparative Methoden wie zum Beispiel Venturi-Filterspitzen.

4

Wirksamkeit von Hilfsmaßnahmen

In diesem Kapitel werden wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit unterschiedlicher Formen der Tabakentwöhnung zusammengefasst. Als Grundlage dienen internationale Übersichtsarbeiten (Meta-Analysen), aber auch im deutschsprachigen Raum verfügbare Studien. Darüber hinaus werden die Empfehlungen nationaler und internationaler Gesundheitsorganisationen zum Einsatz von Hilfsmaßnahmen zusammengefasst.

4.1

Methodische Vorüberlegungen

Der Kenntnisstand der internationalen wissenschaftlichen Evaluationsforschung zur Tabakentwöhnung wird fortlaufend in umfassenden Meta-Analysen zusammengestellt. Als die besten Zusammenfassungen des Wissensstands gelten derzeit die „Clinical Practice Guidelines“ des US Department of Health and Human Services (Fiore et al. 2008) sowie die Cochrane-Reviews (Abbott et al. 2000, Cahill, Stead und Lancaster 2008, Hughes, Stead und Lancaster 2007, Lancaster und Stead 2005a, Lancaster und Stead 2005b, Stead, Perera und Lancaster 2006, Stead, Bergson und Lancaster 2008, Stead und Lancaster 2005, Stead et al. 2008, White, Rampes und Campbell 2006).

Im deutschsprachigen Raum gibt es nur vereinzelte methodisch gute Evaluationen im Bereich Tabakentwöhnung, die in nationalen oder internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht sind. Aus diesem Grund beruhen auch die Qualitätskriterien und Behandlungsempfehlungen der deutschen „Leitlinie Tabakentwöhnung“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2004) auf internationalen Arbeiten. Bei der Bewertung klinischer Studien zur Medikation bei der Tabakentwöhnung ist kritisch zu berücksichtigen, dass viele dieser Studien von der Pharmaindustrie in Auftrag gegeben und/oder finanziert wurden und ein Vergleich von publizierten Studien mit und ohne Finanzierung der Pharmaindustrie zeigte, dass von der Pharmaindustrie geförderte Studien bessere Ergebnisse zugunsten der Medikation erbrachten (Etter, Burri und Stapleton 2007).

Das zentrale Erfolgskriterium aller Hilfsmaßnahmen, das in Evaluationsstudien berichtet wird, ist die Abstinenzquote der mit einer spezifischen Intervention behandelten Raucherinnen und Raucher. In den internationalen Meta-Analysen ist dies meist die kontinuierliche Abstinenz nach sechs Monaten. Im Gegensatz zur Punktprävalenz ist es hierbei wichtig, dass die Personen seit der Intervention dauerhaft Nichtraucherinnen bzw. Nichtraucher sind, das heißt, sie dürfen zu keiner Zeit wieder geraucht haben.

Darüber hinaus werden in der Regel konservative Schätzungen der Abstinenzquoten angegeben. Dies bedeutet, dass Personen, die zum Zeitpunkt der Nachbefragung nicht erreicht werden konnten, als nicht abstinent gewertet werden (sogenannte Intention-to-treat-Analyse).

Da Raucherinnen und Raucher auch ohne eine spezifische Intervention mit dem Rauchen aufgehört haben können, ist es wichtig, die Abstinenzquote der Interventionsgruppe mit der einer Kontrollgruppe in Beziehung zu setzen. In der Regel sind dies unbehandelte oder Warte-Kontrollgruppen; diese Raucherinnen bzw. Raucher haben also im Untersuchungszeitraum keine spezifische Intervention erhalten. In einigen Fällen werden auch sogenannte Minimalmaßnahmen (zum Beispiel eine Selbsthilfebroschüre), Placebo-Medikamente oder andere Interventionen eingesetzt, von denen keine oder nur geringe spezifische Effekte zu erwarten sind. Zur Abschätzung der Größe und klinischen Bedeutung der berichteten Effekte werden in Meta-Analysen unterschiedliche statistische Kennwerte angegeben. Am weitesten verbreitet sind die sogenannten Odds Ratios (Chancenverhältnisse) sowie die Risk Ratios (Relativen Risiken). Da diese beiden Werte nicht direkt miteinander vergleichbar sind und in der Praxis häufig fälschlicherweise gleich interpretiert werden, ist die Gegenüberstellung unterschiedlicher Studien, die den einen bzw. den anderen Wert berichten, nicht unproblematisch. Aus diesem Grund wird in der folgenden Zusammenfassung ein leicht verständliches Maß berichtet, das direkt aus den Abstinenzquoten der Interventions- und Kontrollgruppen berechnet werden kann – dies ist die sogenannte Number Needed to Treat (NNT). Dieser Wert sagt aus, wie viele Raucherinnen und Raucher mit einer bestimmten Intervention behandelt werden müssen, damit einer von ihnen abstinent wird. Je kleiner diese Zahl ist, desto effektiver ist die Maßnahme.

In wissenschaftlichen Studien zeigen auch Kontrollgruppen häufig Abstinenzraten, die deutlich über den bekannten Spontanheilungsraten ohne Behandlung von ca. 3 bis 7 % nach einem halben Jahr liegen. Dafür sind mehrere Erklärungen denkbar. Zum einen handelt es sich in den Studien häufig nicht um gänzlich unbehandelte Kontrollgruppen. Das heißt, auch die Raucherinnen und Raucher in diesen Bedingungen bekommen beispielsweise Minimalinterventionen (kurzes Gespräch mit einem Arzt/einer Ärztin, Selbsthilfematerialien), für die gewisse positive Effekte nachgewiesen sind. Zum anderen kommt durch die Beteiligung an einer wissenschaftlichen Untersuchung ein Placeboeffekt zum Tragen. Dieser Effekt beschreibt positive Veränderungen oder Reaktionen, die nicht auf eine spezifische Intervention zurückzuführen sind, sondern eher von psychosozialen Faktoren abhängen. Da auch die Raucherinnen und Raucher in den Kontrollgruppen über die Ziele und Inhalte der Studie vollständig informiert sein müssen, sind sie allein durch ihre Teilnahme an der entsprechenden Studie für das Thema Tabakentwöhnung sensibilisiert. Allein diese Sensibilisierung kann dazu beitragen, dass ein gewisser Teil der Gruppe mit dem Rauchen aufhört.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zur Wirksamkeit von Tabakentwöhnung – getrennt für die in Kapitel 3 vorgestellten Kategorien von Hilfsmaßnahmen – zusammengefasst. Es werden einerseits Befunde aus internationalen Meta-Analysen beschrieben, andererseits aber auch Beispiele deutscher Evaluationsstudien vorgestellt. Die Ergebnisse werden zusätzlich in Tabelle 3 und 4 zusammengefasst.

4.2 Selbsthilfemaßnahmen

Insgesamt sind die Effekte von Selbsthilfematerialien wie Bücher, Broschüren, Videos oder computergestützte Programme über alle Studien hinweg nur gering bzw. lassen sich gar nicht nachweisen. Nach Ablauf eines halben Jahres wird eine maximale Abstinenzquote von 12% berichtet, was nur wenig über der unbehandelten Kontrollgruppe liegt. Auch verschiedene Zusatzkomponenten (zum Beispiel ein minimaler persönlicher Kontakt) können die Effektivität der Maßnahmen nicht erhöhen. Im Durchschnitt müssen mehr als 60 Raucherinnen und Raucher eine bestimmte Selbsthilfemaßnahme durchlaufen, damit zumindest einer von ihnen abstinent wird (NNT = 67).

Die sehr kleinen absoluten Effekte von Selbsthilfematerialien werden allerdings möglicherweise durch deren hohen Erreichungsgrad relativiert. Da diese Angebote niederschwellig sind, eine weite Verbreitung in der Bevölkerung finden und somit von vielen Personen in Anspruch genommen werden, können zahlenmäßig mehr Raucherinnen und Raucher aufhören als durch andere Entwöhnungsmaßnahmen, die zwar effektiver sind, jedoch deutlich weniger in Anspruch genommen werden.

In einer deskriptiven Studie wurden deutsche Selbsthilfemaßnahmen in der Tabakentwöhnung nach formalen und inhaltlichen Kriterien gesichtet und bewertet (Schumann, Hapke und John 1999). Insgesamt wurden 24 Manuale identifiziert, die zur damaligen Zeit auf dem Markt erhältlich waren. Die am weitesten verbreiteten inhaltlichen Bausteine waren Informationsvermittlung, Situations-Reiz-Kontrolle, Selbstbeobachtung und das Lernen eines Entspannungsverfahrens. In den meisten Fällen orientierten sich die Programme am kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz und verfolgten das Ziel der Abstinenz. Die Wirksamkeit von Selbsthilfemaßnahmen wurde in Deutschland für

individualisierte Briefe, die dem jeweiligen Motivationsstatus der Raucherinnen und Raucher angepasst wurden, untersucht (sogenannte *tailored interventions*). In zwei Studien waren maximal 10 % der Raucherinnen und Raucher, die eine entsprechende Intervention erhalten hatten, nach zwei Jahren abstinent (Meyer et al. 2008, Schumann et al. 2008). Dies unterschied sich nur in einer Studie signifikant von einer unbehandelten Kontrollgruppe.

4.3 Einzelberatung

Ärztliche Kurzinterventionen haben sich in zahlreichen Studien als wirksam erwiesen. So führt der einfache Ratschlag einer Ärztin bzw. eines Arztes, mit dem Rauchen aufzuhören, dazu, dass etwa acht von 100 Raucherinnen bzw. Raucher für mindestens sechs Monate abstinent werden (NNT = 43 bzw. 48). Diese absolute Abstinenzquote ist zwar eher gering, jedoch unternehmen ungefähr 40 % der Raucherinnen und Raucher als Folge der ärztlichen Kurzintervention irgendeinen Aufhörversuch. Verlängert man die Dauer der Interventionen nur um wenige Minuten, können die Erfolgsquoten deutlich erhöht werden.

Intensivere (psychotherapeutische) Einzelbehandlungen zählen zu den wirksamsten Tabakentwöhnungsmaßnahmen und führen zu Abstinenzquoten von bis zu 17 % (NNT = 17 bzw. 31). Darüber hinaus scheint sich ein positiver Effekt sowohl für die Anzahl der Sitzungen als auch für die absolute Dauer der Beratung zu ergeben. Die konkrete inhaltliche Ausrichtung des Vorgehens (Psychoedukation, Rückfallprävention, Motivierende Gesprächsführung) spielt dagegen eine untergeordnete Rolle. Einzelberatungen bieten die Möglichkeit einer hohen Intensität und eines individualisierten, flexiblen Vorgehens unter Berücksichtigung differenzieller Indikationen.

Auch die proaktive Telefonberatung hat sich im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen und Minimalinterventionen als effektiv erwiesen. Etwa 13 % der auf diese Weise angesprochenen Raucherinnen und Raucher erreichen eine mittelfristige Abstinenz (NNT = 43 bzw. 29). Ähnlich wie bei den ärztlichen Kurzinterventionen kann der Erfolg durch steigende Intensität noch verbessert werden.

In Deutschland wurden proaktive Interventionen, die in der ärztlichen Praxis zum Einsatz kommen können, von Meyer et al. (2008) untersucht. Zusätzlich zu einer Interventionsgruppe, die individualisierte Briefe erhielt, wurde eine zweite Gruppe untersucht, die eine ärztliche Kurzintervention von ca. zehn Minuten durchlief und zusätzlich ein Selbsthilfemanual ausgehändigt bekam. Die 6-Monats-Abstinenzquote nach zwei Jahren lag in beiden Interventionsgruppen bei etwa 10% und war signifikant höher als in der unbehandelten Kontrollgruppe.

4.4 Gruppenberatung

Zu eintägigen Tabakentwöhnungskursen, die häufig in Form von Motivationsseminaren angeboten werden, gibt es aufgrund mangelnder guter Studien keine Aussagen in den aktuellen Meta-Analysen. Zu den Effekten dieser Maßnahmen liegen bisher nur vereinzelte und methodisch schwache Evaluationsstudien vor. Zwei Studien zu den „Easyway“-Seminaren nach Allen Carr berichten langfristige Erfolgsquoten von bis zu 50% in einem betrieblichen Setting (Hutter, Moshhammer und Neuberger 2006, Moshhammer und Neuberger 2007).

Mehrtägige psychotherapeutische Gruppenprogramme zur Tabakentwöhnung werden allgemein als sehr erfolgreich angesehen. Die Teilnahme an einem solchen Angebot führt bei bis zu 19% der Raucherinnen und Raucher zu einer Abstinenz, die für mindestens sechs Monate anhält (NNT = 32 bzw. 8). Bis auf eine höhere Ökonomie gibt es keine Hinweise darauf, dass Gruppenberatungen effektiver sind als Einzelberatungen. Der Stellenwert einzelner Komponenten der Angebote wurde bisher nur wenig untersucht. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass ein Problemlösetraining sowie das Erlernen von Fertigkeiten zur Bewältigung von Rückfällen, zum Umgang mit Entzugserscheinungen und zur Stressreduktion besonders effektiv sind. Auch das Nutzen sozialer Unterstützung (innerhalb und außerhalb der Gruppenberatung) erhöht die Erfolgsquote.

Für kognitiv-verhaltenstherapeutische Entwöhnungsprogramme werden in Deutschland Abstinenzquoten berichtet, die zum Teil über den internationalen Erfahrungen liegen. So erzielte ein entsprechendes Programm von Felten et al.

(2006) eine kontinuierliche Abstinenzrate von etwa 20 % nach einem Jahr. Vergleichbar ist das Ergebnis einer Standardverhaltenstherapie bei Schröter et al. (2006). In dieser Studie wurde zusätzlich ein speziell adaptiertes Programm zur Rückfallprävention untersucht, das bei 12 % der Raucherinnen und Raucher erfolgreich war. Schließlich konnten Gradl et al. (2009) zeigen, dass mit einem neu entwickelten evidenzbasierten Programm eine Punktabstinenz von 40 % nach einem halben Jahr erzielt werden konnte. Dieser Wert lag doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe, die an einem Reduktionsprogramm teilnahm.

4.5 Pharmakologische Interventionen

Klinische Studien zeigen, dass alle auf dem Markt befindlichen nikotinhaltenen Präparate den Therapieerfolg erhöhen und Abstinenzquoten bis 25 % erzielen. Die Anzahl der Raucherinnen und Raucher, die behandelt werden müssen, um bei einer Teilnehmerin bzw. einem Teilnehmer einen Erfolg zu zeigen (NNT), liegt zwischen neun und 19. Eine Kombination verschiedener Produkte erhöht die Erfolgchancen und ist empfehlenswert (zum Beispiel Fiore et al. 2008, S. 118). Da die nikotinhaltenen Präparate in der Praxis häufig falsch angewendet werden, empfiehlt sich eine begleitende psychosoziale Beratung. Die Kombination beider Interventionen kann die Abstinenzquote signifikant erhöhen.

Beide in Deutschland zugelassenen verschreibungspflichtigen Medikamente zur Tabakentwöhnung haben ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen können. Die Abstinenzquoten, die durch eine Behandlung mit Bupropion erreicht werden können, entsprechen mit bis zu 24 % in etwa denen der nikotinhaltenen Präparate (NNT = 10 bzw. 11). Für das neuere Medikament Vareniclin werden höhere Erfolgsraten von maximal 32 % aufgeführt (NNT = 5 bzw. 7).

Auch in Deutschland wurde die Wirksamkeit pharmakologischer Interventionen untersucht. Hasford, Fagerström und Haustein (2003) prüften die Anwendbarkeit von Nikotinplastern im Alltagssetting und fanden nach einem knappen halben Jahr eine Punktabstinenz von 28 %. Es zeigte sich jedoch, dass ein relativ großer Anteil der Raucherinnen und Raucher die Anwendungsempfehlungen, die in der Packungsbeilage beschrieben waren, nicht beachtet hatte. So hatte über ein Drittel der untersuchten Personen trotz der Anwendung des

Pflasters weiter geraucht. Mit dem verschreibungspflichtigen Medikament Bupropion konnte in Deutschland eine kontinuierliche Abstinenz von 15 % nach sechs Monaten erzielt werden (Bergmann, Warncke und Herschel 2004). Hier berichteten allerdings mehr als 50 % der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer über unerwünschte Nebenwirkungen (zum Beispiel Schmerzen des Bewegungsapparats, Schlafstörungen).

Einen Vergleich unterschiedlicher Interventionsformen stellten Huber und Gastner (2003) an. In dieser Studie schnitten die Gruppen, die Nikotinkaugummis, ein verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm oder eine Kombination aus diesen beiden Interventionen erhielten, signifikant besser ab als eine unbehandelte Kontrollgruppe. Zwischen den einzelnen Behandlungsformen zeigten sich jedoch weder nach sechs noch nach zwölf Monaten signifikante Unterschiede. Zernig et al. (2008) konnten dagegen für eine psychodynamische Kurzintervention, die den Raucherinnen und Rauchern autosuggestive Elemente vermittelte, deutlich höhere Erfolgsraten finden als für die Gabe von Bupropion (39 vs. 12 %).

4.6 Alternative Verfahren

Aussagen über die Wirksamkeit alternativer Verfahren zur Tabakentwöhnung werden durch die Tatsache eingeschränkt, dass es kaum methodisch gute Evaluationsstudien in diesen Bereichen gibt und die existierenden Studien sehr heterogen sind. Aus den verfügbaren Analysen lassen sich aktuell keine Hinweise darauf ableiten, dass Hypnose oder Akupunktur im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen oder anderen Interventionen erfolgreich sind. Dies gilt auch für verwandte Verfahren wie Akupressur, Lasertherapie oder Elektrostimulation. Für alle anderen Angebote (homöopathische Mittel, aparative Verfahren) liegen keine wissenschaftlichen Ergebnisse vor.

Im Vergleich mit der internationalen Forschungssituation ist die Aussagekraft der wenigen deutschen Studien zu alternativen Verfahren durch methodische Mängel deutlich eingeschränkt. So werden beispielsweise häufig sehr selektive und/oder sehr kleine Stichproben untersucht oder keine Kontrollgruppen in die Analysen einbezogen. Aus diesem Grund wird auf die Darstellung spezifischer Ergebnisse verzichtet.

| | LEITLINIEN VON FIORE ET AL. (2008) | | | COCHRANE-REVIEWS | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------|---------------------------------------|--------------|-------|
| | Abstinenz IG (95 % KI) | Abstinenz KG (95 % KI) | NNT (95 % KI) | Abstinenz IG | Abstinenz KG | NNT |
| Selbsthilfemaßnahmen | 12,3 (10,9–13,6) | 10,8 | 67 (100–36) | 6,8 | 6,9 | n. s. |
| Einzelberatung | | | | | | |
| Ärztlicher Rat | 10,2 (8,5–12,0) | 7,9 | 43 (167–24) | 5,8 | 3,7 | 48 |
| Intensive Einzelberatung | 16,8 (14,7–19,1) | 10,8 | 17 (26–12) | 11,0 | 7,8 | 31 |
| Proaktive Telefonberatung | 13,1 (11,4–14,8) | 10,8 | 43 (167–25) | 11,4 | 8,0 | 29 |
| Gruppenberatung | | | | | | |
| Singulärer Kontakt | Keine Daten verfügbar | | | Keine Daten verfügbar | | |
| Wiederholter Kontakt | 13,9 (11,6–16,1) | 10,8 | 32 (125–19) | 19,4 | 6,5 | 8 |
| Medikation | | | | | | |
| <i>Nicht verschreibungspflichtig</i> | | | | | | |
| Pflaster | 23,4 (21,3–25,8) | 13,8 | 10 (133–8) | 15,8 | 9,9 | 17 |
| Kaugummis | 19,0 (16,5–21,9) | 13,8 | 19 (37–12) | 18,0 | 11,3 | 15 |
| Inhaler | 24,8 (19,1–31,6) | 13,8 | 9 (19–6) | 17,1 | 9,1 | 13 |
| Tabletten | Keine Daten verfügbar | | | 16,1 | 8,1 | 13 |
| <i>Verschreibungspflichtig</i> | | | | | | |
| Bupropion | 24,2 (22,2–26,4) | 13,8 | 10 (12–8) | 19,0 | 10,3 | 11 |
| Vareniclin | 32,2 (28,9–37,8) | 13,8 | 5 (7–4) | 25,5 | 11,2 | 7 |
| Alternative Methoden | | | | | | |
| Akupunktur | 8,9 (5,5–12,3) | 8,3 | n. s. | 13,5 | 13,2 | n. s. |
| Hypnose | Keine Daten verfügbar | | | Kein zusammenfassendes Urteil möglich | | |

IG = Interventionsgruppe · KG = Kontrollgruppe · KI = Konfidenzintervall · NNT = Number Needed to Treat · n. s. = nicht signifikant

Tab. 3: Ergebnisse internationaler Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Tabakentwöhnungsmaßnahmen

| Autor/Autorin (Jahr) | Design | Untersuchte Gruppen | Ergebnisse |
|------------------------|---|---|--|
| Meyer et al. (2008) | Quasiexperimentelle Kontrollgruppenstudie N = 1499 | Untersuchte Gruppen (1) Individualisierte Briefe nach TTM plus Selbsthilfemanual (2) Ärztliche Kurzintervention (10 Minuten) plus Selbsthilfemanual (3) Kontrollgruppe | Ergebnisse 6-Monats-Abstinenz nach 12 (24) Monaten: (1) 3,9% (10,2%) (2) 3,7% (9,7%) (3) 1,1% (6,7%) signifikant (1) vs. (3) und (2) vs. (3) nicht signifikant (1) vs. (2) |
| Schumann et al. (2008) | Randomisierte kontrollierte Studie N = 611 | (1) Individualisierte Briefe nach TTM (2) Kontrollgruppe | 6-Monats-Abstinenz nach 12 (24) Monaten: (1) 3,2% (9,8%) (2) 2,1% (9,1%) nicht signifikant |
| Felten et al. (2006) | Nicht kontrollierte Studie N = 275 | (1) Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm (mit Empfehlung Pharmakotherapie) | Kontinuierliche Abstinenz nach 6 (12) Monaten: (1) 27,9% (20,3%) |
| Gradl et al. (2009) | Quasiexperimentelle Studie N = 826 | (1) Evidenzbasiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm (2) Reduktionsprogramm nach Selbstkontrollansatz | Punktabstinenz nach 6 Monaten: (1) 40,2% (2) 19,7% signifikant |
| Schröter et al. (2006) | Randomisierte kontrollierte Studie N = 79 | (1) Standardverhaltenstherapie (2) Verhaltenstherapie mit Fokus Rückfallprävention | Kontinuierliche Abstinenz nach 12 Monaten: (1) 21,1% (2) 12,2% nicht signifikant |
| Hasford et al. (2003) | Nicht kontrollierte naturalistische Kohortenstudie N = 633 | (1) Nikotinpflaster | Punktabstinenz nach 24 Wochen: (1) 28% |

| Autor/Autorin (Jahr) | Design | Untersuchte Gruppen | Ergebnisse |
|--------------------------|---|--|---|
| Bergmann et al. (2004) | Nicht kontrollierte Studie N = 365 | (1) Bupropion SR (300 mg/d) | Kontinuierliche Abstinenz nach 26 Wochen: (1) 15,3% |
| Huber und Gastner (2003) | Randomisierte kontrollierte Studie N = 225 | (1) Nikotinkaugummi (2) Verhaltenstherapeutisches Selbstkontrollprogramm (3) Kombination aus (1) und (2) (4) Kontrollgruppe | Punktabstinenz nach 6 (12) Monaten: (1) 30,8% (25,5%) (2) 23,3% (17,9%) (3) 29,4% (24,0%) (4) 11% signifikant (1) vs. (4), (2) vs. (4), (3) vs. (4) nicht signifikant (1) vs. (2), (1) vs. (3), (2) vs. (3) |
| Zernig et al. (2008) | Randomisierte kontrollierte Studie N = 779 | (1) Psychodynamische Kurzintervention (Psychoedukation, Autosuggestion) (2) Bupropion (300 mg/d) | Kontinuierliche Abstinenz nach 6 (12) Monaten: (1) 42,1% (39,1%) (2) 16,5% (12,3%) signifikant |

Tab. 4: Zusammenfassende Darstellung deutschsprachiger Evaluationsstudien

4.7 Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen

Eine zusammenfassende Beurteilung der einzelnen Angebote zur Tabakentwöhnung kann auf Grundlage der aktuell verfügbaren Daten nicht ohne Einschränkung erfolgen. Der Nachweis der Wirksamkeit einer Maßnahme ist sehr aufwendig und kostenintensiv, sodass man von einzelnen Angeboten nicht erwarten kann, dass methodisch hochwertige Wirksamkeitsstudien vorliegen. Darüber hinaus stellt sich auch bei existierenden Studien immer die Frage nach der Replizierbarkeit und/oder der Übertragbarkeit der Ergebnisse. So ist unter anderem kritisch anzumerken, dass die untersuchten Populationen in den verschiedenen Studien sehr uneinheitlich sind. Selbsthilfemaßnahmen werden beispielsweise eher an unselektierten Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung untersucht, wohingegen aufwendigere psychotherapeutische Interventionen nicht selten an speziellen (klinischen) Stichproben evaluiert werden. Solche klinischen Studien können jedoch nur sehr bedingt auf den Alltag während der Tabakentwöhnung übertragen werden, weil die Realität der Versorgung häufig nicht gut abgebildet wird.

Gerade Evaluationen pharmakologischer Interventionen müssen vor diesem Hintergrund kritisch diskutiert werden. In klinischen Studien wird die bestimmungsgemäße Einnahme der Medikamente durch Studienärzte bzw. -ärztinnen sehr genau überwacht. Dies lässt sich im Alltag jedoch nicht gewährleisten, sodass die Präparate häufig unterdosiert und/oder nicht lange genug angewendet werden. Dies kann letztlich zu einer Überschätzung der Effekte und der Wirksamkeit pharmakologischer Interventionen führen. Bei psychotherapeutischen Verfahren spielen darüber hinaus häufig individuelle Rahmenbedingungen sowie Therapeutinnen und Therapeuten eine wichtige Rolle, die in wissenschaftlichen Studien nur schwer zu kontrollieren sind. Es sind weitere gut kontrollierte Evaluationsstudien in unterschiedlichen Settings und Populationen nötig, um zukünftig evidenzbasierte und sowohl allgemeingültige als auch zielgruppenspezifische Empfehlungen zum Einsatz verschiedener Tabakentwöhnungsmaßnahmen geben zu können.

Auf der Grundlage der berichteten wissenschaftlichen Erkenntnisse geben amerikanische und deutsche Leitlinien bestimmte Empfehlungen zum Einsatz von Hilfsmaßnahmen im Rahmen der Tabakentwöhnung (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2004, Fiore et al. 2008).

Als nichtmedikamentöse Interventionen werden empfohlen:

- Eigenständige Selbsthilfemaßnahmen,
- Telefonberatungen,
- Strukturierte Gruppenbehandlungen,
- Individualbehandlungen (ärztliche Kurzintervention und Einzelberatungen).

Es wird festgehalten, dass es eine Beziehung zwischen der Intensität der durchgeführten Intervention und dem Erfolg der Maßnahme gibt. Das Optimum liegt bei mindestens acht Kontakten mit jeweils mindestens zehn Minuten Dauer. Inhaltlich werden vor allem das verhaltenstherapeutische Rückfallmanagement sowie die Förderung sozialer Unterstützung empfohlen. Empfehlungen bezüglich medikamentöser Maßnahmen gibt es für:

- Nikotinersatzpräparate,
- Bupropion,
- Vareniclin.

Die Anwendung von Nikotinplastern, -kaugummis etc. ist sicher und wirksam, wenn die Anwendungsempfehlungen eingehalten werden. Beide verschreibungspflichtigen Medikamente werden für den Einsatz empfohlen, aufgrund eines höheren Nebenwirkungsprofils wird Bupropion jedoch als Medikament zweiter Wahl eingestuft.

5. Ein Qualitätsraster zur Beschreibung und Beurteilung von Hilfsmaßnahmen

Die Forderung nach einer Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung ist nicht neu. Bereits 1977 formulierte Brengelmann sechs allgemeine Grundsätze, anhand derer sich die Brauchbarkeit der „verschiedenen Kategorien therapeutischer Maßnahmen“ (Brengelmann 1977, S. 31) beurteilen lässt: Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit, Dauerhaftigkeit, Wirtschaftlichkeit, breite Anwendbarkeit und Selbsttherapierbarkeit. Diese Grundsätze sollten als Wertmaßstäbe dienen, nach denen die bestehenden Angebote ausgewählt und durchgeführt werden können. Im Grunde sind diese Anforderungen an Hilfsmaßnahmen auch heute noch gültig, jedoch bedürfen die spezifischen Aspekte vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität des Markts und neuer

wissenschaftlicher Erkenntnisse einer Überarbeitung und Ausdifferenzierung. Die Bedeutung eines den aktuellen Bedürfnissen angepassten Qualitätsrasters bleibt jedoch auch nach über 30 Jahren noch aktuell: „Diese Grundsätze können eine echte Hilfe bei der Beurteilung der existierenden Therapiemaßnahmen geben. Wenn man sie als kritischen Maßstab der Bewertung an solche Aktionen anlegen würde, anstatt nach Glauben und Überzeugung zu verfahren, sind mit Sicherheit sichtbare Konsequenzen zum Vorteil des Rauchens und der gesundheitlichen Maßnahmen im Allgemeinen zu erwarten.“ (Brenngelmann 1977, S. 32).

5.1 Entwicklung des Qualitätsrasters

Mithilfe des Qualitätsrasters sollen die identifizierten Hilfsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung anhand spezifischer Dimensionen einheitlich dargestellt und bewertet werden können. Seine Grundstruktur soll darüber hinaus auf die verschiedenen Kategorien von Angeboten (siehe Kapitel 3) anwendbar sein, um eine vergleichende Gegenüberstellung zu ermöglichen.

Die inhaltliche Vorlage für das Raster lieferte zu weiten Teilen die Erstauflage dieser Broschüre (Kröger 2000). Die Erfahrungen mit den damals definierten Beschreibungsdimensionen waren gut, sodass eine grundlegende Neuorientierung nicht nötig erscheint. Jedoch sollte das Raster den aktuellen Entwicklungen angepasst werden. Weiterhin war es das Ziel, die Komplexität der Dimensionen zu reduzieren und somit die Übersichtlichkeit zu erhöhen. Weitere Orientierungshilfen für die Überarbeitung und inhaltliche Ausgestaltung waren die bereits zitierte Überblicksarbeit von Brenngelmann (1977), das Qualitätsraster der BZgA für Präventionsmaßnahmen im Bereich Übergewicht und Adipositas (Goldapp, Mann und Shaw 2005) sowie Beschreibungs- und Bewertungsdimensionen, die von Testmagazinen bei der Beurteilung von Produkten und Dienstleistungen angewendet werden (zum Beispiel Stiftung Warentest).

Vor dem Hintergrund dieser Ressourcen sowie inhaltlicher Überlegungen wurde ein aus zwei aufeinander aufbauenden Stufen bestehendes Qualitätsraster entwickelt. Zunächst werden dabei zwei unabhängige Säulen unterschieden – dies sind zum einen rein deskriptive Merkmale und zum anderen Qualitäts-

| DESKRIPTIVE MERKMALE | QUALITÄTSMERKMALE |
|----------------------------------|--|
| Art der Maßnahme | Konzeptqualität |
| Titel | Spezifikation der Wirkmechanismen |
| Autor/Autorin/Anbieter | Seriosität und Glaubwürdigkeit |
| Zielgruppe | Transparenz |
| Kosten | Strukturqualität |
| Dauer und Zeitaufwand | Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin/Anbieters |
| Beschreibung der Maßnahme | Materialqualität |
| | Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang |
| | Prozessqualität |
| | Durchführung der Maßnahme |
| | Zusatzbetreuung |
| | Ergebnisqualität |
| | Wirksamkeit und Erfolgskontrolle |
| | Verbreitung und Akzeptanz |
| | Nebenwirkungen |

Abb. 4: Überblick über Kategorien von Hilfsmaßnahmen

merkmale. Die Trennung dieser beiden Aspekte ermöglicht eine schrittweise sowie eine differenzierte und strukturierte Darstellung der Hilfsmaßnahmen. Gleichzeitig können die deskriptiven Dimensionen als Mindest- bzw. Einschlusskriterien verstanden werden. Liegen für eine bestimmte Maßnahme keine Informationen zu diesen grundlegenden Aspekten vor, wird diese nicht weiter berücksichtigt.

Die zweite Stufe des Qualitätsrasters sieht vor, dass die Beurteilung der Qualität einzelner Hilfsmaßnahmen auf vier relativ breite und im Qualitätsmanagement übliche Dimensionen aufgeteilt wird. Spezifische Beschreibungsdimensionen werden diesen vier Aspekten als Bestimmungsstücke subsumiert. Auf diese Weise gehen keine wichtigen Informationen verloren, die Komplexität des Rasters bleibt aber begrenzt, was die Diskussion der Ergebnisse erleichtert. Die Gliederung des Qualitätsrasters ist in Abbildung 4 dargestellt.

5.2 Deskriptive Merkmale

Die systematische Beschreibung anhand der zentralen Merkmale des Angebots soll eine Vergleichbarkeit bzw. Gegenüberstellung der verschiedenen Angebote ermöglichen. Eine Bewertung ist in diesem Schritt noch nicht vorgesehen.

Art der Maßnahme

Es wird angegeben, welcher Kategorie (Selbsthilfe, Einzelberatung, Gruppenberatung, Pharmakologische Interventionen, Alternative Verfahren) die Maßnahme zuzuordnen ist (siehe dazu Kapitel 3).

Titel

Autor/Anbieter

Zielgruppe

Bei der Beschreibung der Zielgruppe wird dargestellt, ob uneingeschränkt alle Raucherinnen und Raucher die Maßnahme nutzen können, ob es Kontraindikationen gibt oder ob sie sich an spezielle Gruppen (zum Beispiel mit besonderer Gesundheitsgefährdung, starke Raucherinnen und Raucher, bestimmter Motivationsgrad) richtet.

Kosten

Es werden die materiellen Aufwendungen für den Erwerb der Materialien, die Teilnahme an der Maßnahme und die ggf. anfallenden zusätzlichen Kosten erfasst. Darüber hinaus werden auch die Kosten berücksichtigt, die dem Anbieter entstehen (zum Beispiel durch die Schulung in der Durchführung der Maßnahme). Zusätzlich wird angegeben, ob die Kosten von den Krankenkassen im Rahmen der Vorgaben von § 20 SGB V („Prävention und Selbsthilfe“) erstattet werden können.⁴

⁴ Ob und in welchem Umfang die Kosten tatsächlich erstattet werden, wird im Einzelfall von der jeweiligen Krankenkasse entschieden.

Dauer und Zeitaufwand

Die Frage nach Dauer und Zeitaufwand bezieht sich zum einen auf den Zeitraum, in dem die Hilfsmaßnahme angewendet wird, bzw. darauf, wie lange die Teilnahme (in Stunden, Tagen oder Wochen) dauert, zum anderen auf den konkreten Zeitaufwand (in Stunden) für deren Durchführung.

Beschreibung der Maßnahme

Die Beschreibung der Maßnahme besteht aus einer kurzen Inhaltsangabe. Dabei werden die Zielsetzung, der theoretische Hintergrund und die inhaltlichen Bestandteile berücksichtigt. Außerdem werden das praktische Vorgehen und die organisatorischen Rahmenbedingungen dargestellt.

5.3 Qualitätsmerkmale

Qualitätsmerkmale sind Indikatoren für die Güte einer Maßnahme und bilden die Grundlage für den Bewertungsprozess. Es werden vier im Qualitätsmanagement übliche allgemeine Dimensionen beschrieben. Diese sind so breit angelegt, dass alle Kategorien von Hilfsmaßnahmen mit ihnen beschrieben und beurteilt werden können, auch wenn nicht alle spezifischen Bestimmungsstücke für jede Maßnahme relevant sind. Zu jedem Qualitätsaspekt werden zudem zentrale Leitfragen formuliert, die bei der Bestimmung helfen und gleichzeitig als spezifische Kriterien verstanden werden können. Die Beurteilung der einzelnen Dimensionen kann zunächst auf der Ebene der einfachen Überprüfung, ob die entsprechenden Informationen vom Anbieter überhaupt zur Verfügung gestellt werden, erfolgen. Die Tatsache, dass bestimmte Schlüsselinformationen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht verfügbar sind, kann als Zeichen mangelnder Qualität gewertet werden. Bei Vorliegen der nötigen Angaben kann in einem zweiten Schritt eine inhaltliche Beurteilung erfolgen.

Konzeptqualität

Die Konzeptqualität beschäftigt sich mit den grundlegenden strategischen Überlegungen über die Durchführung der Maßnahme. Dabei geht es um die Frage der Qualität von Planung und Steuerung, die Angemessenheit der ge-

wählten Methoden sowie deren Konkretisierung und Operationalisierung. Zentrale Bestimmungsstücke der Konzeptqualität sind a) die Spezifikation der Wirkmechanismen, b) Seriosität und Glaubwürdigkeit sowie c) Transparenz.

Leitfragen:

- Welche Erklärungen werden für die Wirkung der Maßnahme explizit gegeben oder sind implizit vorhanden?
- Was ist der theoretische Hintergrund der Maßnahme?
- Auf welchen Wirkmechanismen beruht das Programm?
- Werden unrealistische Erfolge (zum Beispiel 100 % Abstinenzgarantie) versprochen oder falsche Erwartungen geweckt?
- Werden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Wirkmechanismen offen dargelegt?
- Erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Beginn vollständige Informationen über Kosten, Gesamtdauer und Zeitaufwand?

Strukturqualität

Die Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für eine effektive Durchführung der Maßnahme und beschreibt Eigenschaften der eingesetzten personalen und materiellen Ressourcen.

Wichtige Aspekte sind

- a) die Qualifikation des Verfassers bzw. der Verfasserin sowie des Anbieters,
- b) die Materialqualität und
- c) die Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege.

Leitfragen:

- Welchen fachlichen und beruflichen Hintergrund haben die Verfasser und Verfasserinnen sowie die Anbieter?
- Wie hoch sind der Aufforderungscharakter und die didaktische Qualität der Materialien?
- Wo und wie häufig wird die Maßnahme angeboten?
- Wie kurzfristig ist die Maßnahme verfügbar bzw. können Raucherinnen und Raucher sie erreichen?
- Wie zugänglich und verfügbar ist die Maßnahme (Niederschwelligkeit)?

Prozessqualität

Die Prozessqualität beschreibt Eigenschaften des Prozessablaufs und bezieht sich auf das konkrete Handeln im Verlauf der Maßnahme. Die Art und Weise,

wie das Angebot umgesetzt wird, steht im Zentrum der Betrachtung. Die Bestimmungsstücke der Prozessqualität sind a) die Durchführung der Maßnahme und b) die Zusatzbetreuung.

Leitfragen:

- Gibt es klare Angaben, wie die Maßnahme anzuwenden ist?
- Gibt es einen definierten Zeitpunkt für den Rauchstopp, und ist das Ende der Maßnahme spezifiziert?
- Ist das Angebot mit anderen Maßnahmen kombinierbar?
- Ist die Durchführung der Maßnahme unabhängig von der Person des spezifischen Anbieters?
- Ist die Maßnahme für die Zielgruppe allgemein verständlich?
- Werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über- oder unterfordert?
- Gibt es über die Maßnahme hinaus Betreuungsangebote oder Hinweise darauf (zum Beispiel Nachsorgeangebote im Anschluss an die Maßnahme, Kontaktadressen und/oder weiterführende Hilfsangebote)?

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität fragt nach den tatsächlich erzielten Resultaten der Maßnahmen. Die einzelnen Indikatoren erfassen

- a) Wirksamkeit und Erfolgskontrolle,
- b) Verbreitung und Akzeptanz sowie
- c) Nebenwirkungen.

Leitfragen:

- Wurde die Wirksamkeit der Maßnahme überprüft?
- Welche Effekte werden beschrieben?
- Sind Maßnahmen zur Erfolgskontrolle in die Maßnahme integriert?
- Wie verbreitet, bekannt und akzeptiert ist die Maßnahme unter Fachleuten wie auch unter Raucherinnen und Rauchern?
- Werden neben den erwünschten Wirkungen auf das Rauchverhalten negative Nebenwirkungen berichtet oder sind solche bekannt?

6. Beschreibung und Beurteilung der Kategorien von Hilfsmaßnahmen

Im Folgenden werden die Kategorien von Hilfsmaßnahmen, die in Kapitel 3 vorgestellt wurden, anhand des in Kapitel 5 entwickelten Qualitätsrasters beschrieben und beurteilt. Im ersten Teil wird das Vorgehen bei der Identifikation von Hilfsmaßnahmen dargestellt. Für die Diskussion der deskriptiven Merkmale wird jeweils eine allgemeine Beschreibung der Kategorie vorangestellt, bevor die anderen Merkmale aufgezeigt werden. Es wird versucht, allgemein gültige Aussagen zu treffen und die Hilfsmaßnahmen auf einer „Meta-Ebene“ zu diskutieren, allerdings wird stets der Bezug zu einzelnen Angeboten hergestellt. Zu diesem Zweck wird aus den Selbstbeschreibungen der

Anbieter (zum Beispiel Klappentexte von Büchern) oder aus den Beschreibungen des Onlinebuchhandels zitiert.⁵

Unter dem Punkt „Qualitätsmerkmale“ werden die vier Aspekte Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität anhand ihrer jeweiligen Bestimmungstücke bewertet. In Fällen, in denen bestimmte Unterpunkte für die jeweilige Kategorie nicht relevant sind, wird diese Dimension nicht explizit aufgeführt. So wird beispielsweise für Selbsthilfemaßnahmen der Punkt „Nebenwirkungen“ nicht diskutiert, da diese für keine der angebotenen Maßnahmen zu erwarten sind. Darüber hinaus werden einzelne Aspekte zusammengefasst, wenn keine oder nur wenige Informationen dazu vorliegen. Dies betrifft zum Beispiel die Unterpunkte Wirksamkeit, Erfolgskontrolle sowie Verbreitung und Akzeptanz, die häufig zusammen unter dem Punkt Ergebnisqualität diskutiert werden.

6.1 Identifikation von Hilfsmaßnahmen

Die Suche nach Hilfsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung verlief in mehreren Schritten. Speziell zur Identifikation von publizierten und frei zugänglichen Selbsthilfemaßnahmen wurde zunächst eine ausführliche Literatursuche durchgeführt. Die wesentlichen Quellen dafür waren das Verzeichnis lieferbarer Bücher des Deutschen Buchhandels sowie die Angebote verschiedener Onlinebuchhandlungen (amazon.de; buch.de). Zu allen auf diese Weise identifizierten Selbsthilfemaßnahmen wurden Angaben zu Titel, Autor bzw. Autorin und Art des Mediums extrahiert. Grundlegende Informationen zum Inhalt und der Verfügbarkeit wurden recherchiert.

In einem zweiten Schritt wurde eine freie Internetsuche durchgeführt, um weitere Hilfsmaßnahmen und Beratungsangebote zu identifizieren. Dazu wurden die Stichworte „Tabakentwöhnung“ und „Raucherentwöhnung“ genutzt. Alle so identifizierten Angebote wurden zusätzlich nach Verweisen auf weitere Maßnahmen gesichtet. Auch in diesem Schritt wurden Informationen zu Titel,

⁵ Die in diesem Kapitel zitierten Einzelmaßnahmen werden nicht im Literaturverzeichnis aufgeführt, sondern sind gesondert im Anhang dargestellt.

Anbieter und Inhalten extrahiert. Im dritten Schritt wurden bekannte Anbieter von Tabakentwöhnungsmaßnahmen sowie Krankenkassen kontaktiert, um Informationen über aktuelle Hilfsangebote zu erhalten. Ausgehend von den Angeboten, die identifiziert wurden, wurde nach dem Schneeballprinzip weitergesucht.

Die Suche nach frei zugänglichen Selbsthilfemaßnahmen ergab einen unausgelesenen Pool von $N = 192$ Hilfsmaßnahmen. Diese Angebote wurden systematisch gesichtet und nichtrelevante Treffer (zum Beispiel aktuell nicht verfügbare Maßnahmen oder Maßnahmen, zu denen keine grundlegenden Informationen zum Inhalt verfügbar sind) ausgeschlossen. Unter Berücksichtigung eines Aktualitätskriteriums (ab dem Jahr 2000 publiziert bzw. in diesem Zeitraum neu aufgelegt) verblieben letztlich 155 Selbsthilfemaßnahmen: 93 Bücher, sieben DVDs, 34 CDs sowie 15 computerbasierte Maßnahmen. Sechs Treffer ließen sich nicht eindeutig zuordnen (Nichtraucherkalender).

Für einige Kategorien von Hilfsmaßnahmen (Einzelberatung, Gruppenberatung, alternative Verfahren) gibt es eine solche Vielzahl variierender Angebote und einzelner Anbieter, dass es praktisch nicht möglich ist, die Darstellung in diesem Kapitel auf umfassenden Informationen zu allen Einzelangeboten zu gründen. Aus diesem Grund und zur Erhöhung der Transparenz des Vorgehens wurde so weit wie möglich auf existierende Leitlinien und ausgearbeitete Manuale/Materialien zurückgegriffen. Darüber hinaus wurden Angebote, die nur regional und nur von einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten angeboten werden und zu denen häufig keine schriftlichen Materialien vorliegen, nicht berücksichtigt.

Zur Beschreibung und Beurteilung dieser Kategorien wurde zusätzlich auf zwei weitere Quellen zurückgegriffen. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie das Nichtraucherportal rauchfrei.de bieten je eine Datenbank an, in die sich Anbieter von Tabakentwöhnungsmaßnahmen eintragen lassen und Informationen zu ihren Angeboten einstellen können. Insgesamt sind über 3000 Anbieter in den beiden Datenbanken gelistet. Zwar stellen die eingetragenen Anbieter eine selektive Gruppe dar, und es ist nicht auszuschließen, dass auch veraltete und nicht mehr aktuelle Informationen enthalten sind, dennoch bieten diese Quellen eine Möglichkeit, Informationen über bestimmte Charakteristika von Anbietern zu erhalten, die sonst nicht verfügbar sind. In beiden Datenbanken kann man nach unterschiedlichen Stichworten und Methoden suchen.

Für die Darstellung in diesem Kapitel wurde die Suche nach Anbietern für bestimmte Unterkategorien von Einzelberatung und Gruppenberatung sowie für Hypnose und Akupunktur durchgeführt. Aus den jeweils identifizierten Anbietern wurde eine Zufallsstichprobe von 25 Anbietern gezogen, die näher analysiert wurden. So sind beispielsweise Informationen zur beruflichen Qualifikation, den Kosten der Maßnahme sowie zu zusätzlich angebotenen Interventionen extrahiert worden.

6.2 Selbsthilfemaßnahmen

Bücher und Broschüren

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Bücher und Broschüren sind die mit Abstand größte Untergruppe der Selbsthilfemaßnahmen. Insgesamt wurden 93 einzelne Angebote identifiziert, die zwischen 2000 und 2010 publiziert wurden. Darunter sind 81 Bücher und zwölf Broschüren. Im Hinblick auf die inhaltliche Ausrichtung oder Orientierung der Angebote lassen sich sieben Gruppen unterscheiden (siehe Tabelle 5):

- Ratgeber,
- Angebote mit Schwerpunkt auf Kognitionen, Emotionen und Motivationen,
- Schwerpunkt auf alternativen oder unkonventionellen Methoden,
- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Angebote,
- Hypnotische oder suggestive Angebote,
- Erfahrungsberichte, Tagebücher,
- Humoristische Angebote.

Die inhaltliche Ausrichtung der Angebote lässt sich jedoch nicht immer eindeutig abgrenzen. Vielmehr folgt ein großer Teil der Bücher und Broschüren einem multimodalen Ansatz, integriert also unterschiedliche Schwerpunkte bzw. nutzt mehrere Methoden und Techniken. Die hier gewählte Einteilung bezieht sich daher auf den jeweils dominierenden Schwerpunkt, der beispielsweise in der Selbstbeschreibung der Angebote den größten Raum einnimmt.

Die größte Gruppe der Bücher und Broschüren sind Ratgeber, die den Raucherinnen und Rauchern Wissen bezüglich des Rauchens/Nichtrauchens oder

| | Anzahl | Prozent |
|--|-----------|------------|
| Ratgeber | 25 | 26,9 |
| Schwerpunkt Kognitionen, Emotionen, Motivationen | 21 | 22,6 |
| Schwerpunkt alternative, unkonventionelle Methoden | 16 | 17,2 |
| Kognitiv-verhaltenstherapeutische Angebote | 12 | 12,9 |
| Hypnotische/suggestive Angebote | 8 | 8,6 |
| Erfahrungsberichte, Tagebücher | 6 | 6,5 |
| Humoristische Angebote | 5 | 5,4 |
| Gesamt | 93 | 100 |

Tab. 5: Inhaltliche Ausrichtung der Bücher und Broschüren

bezüglich der Möglichkeiten der Tabakentwöhnung vermitteln. So werden Fragen wie „Warum Sie rauchen und wie Sie dauerhaft aufhören können“ (Dunkel 2009) angesprochen oder die Angebote „liefer[n] in Zahlen, Daten und Fakten alle Argumente gegen das Rauchen“ (Backhaus 2007). Andere Maßnahmen geben einen „Überblick über sämtliche Möglichkeiten, gegen die Nikotinsucht vorzugehen“ (Bartholomäus und Kunz 2004) oder bieten einen „Vergleich verschiedener Entwöhnungsmethoden“, der es ermöglichen soll, „die individuell richtige Möglichkeit [zu] finden“ (Frädrich, Frädrich und Buckert 2007). Wichtiger Aspekt der Ratgeber ist es, die Leser und Leserinnen zum Nachdenken über das eigene Rauchverhalten anzuregen und sie zu „motivier[en], mit dem Rauchen aufzuhören und ein neues, gesünderes Leben zu beginnen“ (Schmitt 2008) bzw. weiterführende Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Einige Angebote enthalten aufbauend auf den beschriebenen Methoden konkrete Tipps und Ratschläge zum Aufhören.

Eine weitere große Gruppe von Büchern und Broschüren setzt einen Schwerpunkt auf die Veränderung von Kognitionen, Emotionen und Motivationen zum Rauchstopp. Hierzu zählen beispielsweise Angebote, die „die Illusion Rauchen und die damit verbundenen Ängste“ (Back 2006a) und „alte Denkmuster und falsche Ansichten über die Nikotinabhängigkeit“ (Bauer 2005) entlarven wollen. Somit soll die Einstellung zum Rauchen geändert, Angst vor dem Rauchstopp abgebaut und das Selbstbewusstsein gestärkt werden. Ziel ist es häufig, eine bewusste Entscheidung für ein rauchfreies Leben herbeizuführen. Zu dieser Untergruppe von Hilfsmaßnahmen gehören auch die insgesamt neun Publikationen von Allen Carr.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Bücher und Broschüren beschreiben häufig konkrete Entwöhnungsprogramme, die von den Raucherinnen und Rauchern durchgearbeitet werden sollen. Dabei ist kennzeichnend, dass es „mit dem bloßen Durchlesen ... nicht getan“ ist (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008a), sondern die aktive Mitarbeit der Leser und Leserinnen gefordert ist, indem sie Arbeitsblätter bearbeiten oder Übungen durchführen. Inhaltlich werden zumeist „neben zahlreichen psychologischen Strategien ... die Hintergründe des Rauchens erläutert und mögliche medikamentöse Hilfen benannt“ (Batra und Buchkremer 2008).

Auch wenn Bücher nicht das gebräuchlichste Medium für hypnotische und suggestive Ansätze darstellen, gibt es einige Angebote, die auf dieser Methode beruhen. Die entsprechenden Publikationen vermitteln „Basiswissen über den hypnotischen Zustand generell“ (Kraft 2007) oder geben Anleitungen, „wie man sich in Selbsthypnose versetzen kann“ (Gaschler 2005). Teilweise werden die Hypnosebücher durch CDs ergänzt, die musikalisch untermalte Suggestionen enthalten (Kraft 2007, Zacker 2008).

Unter dem Schwerpunkt „Alternative und unkonventionelle Methoden“ sind eine Reihe ganz unterschiedlicher Ansätze zusammengefasst, zu denen häufig nur einzelne Publikationen vorliegen. Zu diesen Ansätzen gehören Qigong, Akupressur, Kräuterzigaretten, Atemtherapie, Emotionales Programmieren, Energetische Psychologie, Zen-Buddhismus, Reiki, Resonanztherapie, Selbstheilung oder Emotional Freedom Technique.

Die zwei restlichen Gruppen beinhalten zunächst Erfahrungsberichte ehemaliger Raucherinnen und Raucher, die beschreiben, mit welchen Methoden und Schwierigkeiten die Autoren bzw. Autorinnen bei ihrem Rauchausstieg konfrontiert waren. Dies soll „insbesondere für noch rauchende Leser informative und ermutigende Lektüre sein“ (Hilger 2007). Letztlich nähern sich einige Autoren dem Thema „Rauchen und Tabakentwöhnung“ auf humoristische Art und arbeiten mit „lustige[n] Zeichnungen, Gedichte[n], Sprüche[n] und Texte[n]“ (Redieck und Schade 2008). Diese Angebote sollen zum Lachen einladen, „wer nämlich lacht, kann keine Zigarette im Mundwinkel halten“ (Rocksensüß 2008).

Anbieter: Die Autoren und Autorinnen von Selbsthilfebüchern verfügen über sehr unterschiedliche berufliche Qualifikationen und Hintergründe, wobei die entsprechenden Informationen nicht in allen Fällen verfügbar sind. Auch die konkrete Motivation und Qualifikation in Bezug auf die Tabakentwöhnung

variiert sehr stark. So werden Broschüren hauptsächlich von Institutionen oder Organisationen aus dem Gesundheitswesen herausgegeben (zum Beispiel BZgA, DKFZ, Krankenkassen). Einige Anbieter von Büchern verfügen über eine akademische Ausbildung im Gesundheitssektor (zum Beispiel Medizin oder Psychologie) und beschäftigen sich in diesem Zusammenhang mit der Tabakentwöhnung. Andere akademische Fachrichtungen, die keinen unmittelbaren thematischen Bezug aufweisen, sind Erziehungswissenschaften, Pädagogik, Philosophie oder Wirtschaftswissenschaften. Einige dieser Personen arbeiten als freie Journalisten und Journalistinnen sowie als Publizisten und Publizistinnen. Ein nicht unerheblicher Teil der Autorinnen und Autoren hat eine Ausbildung als Heilpraktiker/Heilpraktikerin, Hypnosetherapeut/-therapeutin, Mentaltrainer/-trainerin oder in anderen alternativen Methoden (zum Beispiel Kung-Fu, Homöopathie).

Zielgruppe: Die Zielgruppe von Büchern und Broschüren wird in den meisten Fällen nicht explizit definiert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass generell alle Raucherinnen und Raucher (unabhängig von Alter, Geschlecht, Rauchertyp, Schwere der Abhängigkeit etc.) damit angesprochen werden sollen. Nur in Einzelfällen wird die Zielgruppe, wie zum Beispiel Frauen (Carr 2006, 2009; Seu 2001), spezifiziert.

Dauer und Zeitaufwand: Die Dauer der Selbsthilfeprogramme bzw. der Zeitraum, in dem die Maßnahmen durchgeführt werden sollen, variiert sehr stark zwischen den einzelnen Angeboten. Für einige Bücher reicht laut Angaben der Autorinnen und Autoren bereits das einmalige Durchlesen, andere beschreiben Programme, die sich über mehrere Wochen erstrecken und regelmäßige tägliche Übungen erfordern. In manchen Fällen wird der Zeitaufwand, der für die erfolgreiche Durchführung notwendig ist, nicht oder nur unzureichend klar dargestellt.

Kosten: In Relation zu den mit dem Kauf von Zigaretten verbundenen Kosten können Bücher und Broschüren durchgehend als kostengünstig bezeichnet werden. Informationsbroschüren von Gesundheitsorganisationen sind kostenlos erhältlich. Die Preise für Bücher variieren zwischen 3,50 Euro (Leibold 2004) und 39,80 Euro (Lesch, Auff und Bäwert 2007), wobei die weitaus größte Anzahl der Angebote zwischen 5 und 20 Euro kostet.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Häufig fehlt bei Selbsthilfebüchern eine Spezifikation der angenommenen Wirkmechanismen. Diese

können dann nur implizit erschlossen werden. Darüber hinaus unterscheiden sich die Wirkmechanismen zwischen den sieben Untergruppen der Bücher. Grundannahme vieler Ratgeber sowie Maßnahmen mit dem Schwerpunkt auf Kognitionen, Emotionen und Motivationen ist, dass sich lediglich die Sichtweise auf das Rauchen ändern muss, um erfolgreich aufhören zu können. „Es genügt, wenn die Menschen das Rauchen als das sehen, was es ist – eine große Illusion“ (Back 2006a). „Wer versteht, wie das Rauchen aus biologischer und psychologischer Sicht funktioniert, braucht zum Aufhören kaum Willenskraft“ (Frädich 2004). Häufig findet sich die Annahme, dass die Motivierung entscheidend ist, und dass, sobald diese gefestigt ist, der Raucher bzw. die Raucherin in der Lage ist, aufzuhören und abstinent zu bleiben. Im Gegensatz dazu gehen kognitiv-verhaltenstherapeutische Angebote von der Grundannahme aus, dass das Rauchen ein erlerntes Verhalten ist, das wieder verlernt werden kann. Für hypnotische Hilfsmaßnahmen ist das Unterbewusstsein ausschlaggebend für unser Verhalten. Demnach wird „durch gezielte Suggestionen ... das Unterbewusstsein umprogrammiert“ (Geurtz 2008) und eine „Trance kann ... Kräfte freisetzen, die im Alltag dann weiter wirken“ (Kraft 2007).

Die meisten Bücher setzen in der Vorbereitungsphase des Rauchstopps an und konzentrieren sich auf die kognitiv-emotional-motivationale Ebene. Dies gilt für die Ratgeber, Maßnahmen mit dem Schwerpunkt Kognitionen, Emotionen und Motivationen, Erfahrungsberichte und humoristische Angebote. Das Hauptziel besteht darin, eine klare Entscheidung für einen Rauchstopp zu treffen. Konkrete inhaltliche Elemente, die zum Einsatz kommen, sind Wissensvermittlung, kognitive Umstrukturierung rauchbezogener Gedanken und Einstellungen, Erzeugen kognitiver Dissonanz und Stärkung des Selbstbewusstseins.

Die anderen Untergruppen von Selbsthilfebüchern (kognitiv-verhaltenstherapeutische Angebote, hypnotische/suggestive Angebote und solche mit dem Schwerpunkt auf anderen Methoden) konzentrieren sich hauptsächlich auf die konkrete Beendigungsphase, wobei verhaltenstherapeutische Programme auch die Vorbereitungs- und Stabilisierungsphase einbeziehen. Unterschiedliche Ansatzpunkte kommen zum Tragen. Hypnose arbeitet auf der kognitiv-emotional-motivationalen Ebene und bezieht über die Induktion von Entspannung auch die physiologisch-biologische Ebene ein. Konkrete inhaltliche Elemente sind positive und negative Suggestionen und Entspannung. Bei kognitiv-verhaltenstherapeutischen und zum Teil auch alternativen Angeboten ist die Verhaltensebene von zentraler Bedeutung. Zentrale inhaltliche Bausteine sind Selbstbeobachtung, Selbstmanagement, Kontingenzmanagement, Aufbau von

Problemlöse- und sozialen Fertigkeiten sowie Rückfallprävention, Gewichtskontrolle und Stressreduktion.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Viele Selbsthilfebücher erfüllen das Kriterium der Seriosität und Glaubwürdigkeit nicht, da die Anbieter eine Reihe unrealistischer Erfolge versprechen und nicht erwiesene Behauptungen aufstellen. In den Klappentexten oder Einleitungen der Bücher wird versprochen, dass „sich jeder, ob Ketten- oder Gelegenheitsraucher, in wenigen Tagen ein für allemal das Rauchen abgewöhnen“ kann (Elsner 2003) und durch die Maßnahme „sowohl seelische als auch körperliche Leiden in Minutenschnelle verschwinden“ (Franke und Franke 2007). Viele Anbieter locken die Leserinnen und Leser darüber hinaus mit der Aussicht auf ein rauchfreies Leben „ohne Gewichtszunahme und ohne Lust auf eine Zigarette“ (Geurtz 2008) oder „gut gelaunt und ohne Gewichtszunahme“ (Frädrich 2004).

Konzeptqualität – Transparenz: Die einzelnen Angebote variieren in Bezug auf die Frage, ob und in welchem Ausmaß den Raucherinnen und Rauchern die angenommenen Wirkmechanismen offengelegt werden. Positiv hervorzuheben sind vor allem die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und zum großen Teil auch die hypnotischen/suggestiven Maßnahmen, die deutlich erläutern, wie und warum die jeweiligen Bücher/Broschüren die Raucherinnen und Raucher beim Aufhören unterstützen sollen. Auf der anderen Seite werden die Leserinnen und Leser bei vielen Angeboten mit dem Schwerpunkt auf Kognitionen, Emotionen und Motivationen über die Wirkmechanismen im Unklaren gelassen. Mit dem Versprechen auf Erfolg wird der Leser bzw. die Leserin aufgefordert, den Vorgaben des Autors bzw. der Autorin genau zu folgen.

Strukturqualität – Materialqualität: In den überwiegenden Fällen ist der Anforderungscharakter der Bücher und Broschüren als gut zu bewerten. Die Leserinnen und Leser werden persönlich und direkt angesprochen, und die vermittelten Botschaften sind sprachlich gut aufgearbeitet und leicht zu verstehen. Durch die häufige Verwendung von konkreten Beispielen (Raucherkarrieren) und die bildhafte Darstellung der Informationen in Form von Abbildungen oder Comics wird die didaktische Qualität weiter erhöht. Den Leserinnen und Leser wird somit eine persönliche Identifizierung mit dem Thema ermöglicht.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Wie für alle Selbsthilfemaßnahmen gilt für Bücher und Broschüren, dass sie in der Regel gut und innerhalb kürzester Zeit (wenige Tage) verfügbar sind, da sie direkt über den

Buchhandel oder das Internet erworben werden können. Durch diesen Zugangsweg können sie von allen Raucherinnen und Rauchern uneingeschränkt und flexibel erreicht und eingesetzt werden. Die Angebote sind daher als niederschwellig zu bezeichnen. Sie setzen nur eine geringe Ausgangsmotivation voraus und stellen auch sonst relativ geringe Anforderungen an die Anwender bzw. die Anwenderinnen.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: In der Regel ist die Durchführung der in Büchern und Broschüren beschriebenen Tabakentwöhnungsmaßnahmen gut und eindeutig beschrieben. Notwendige Bedingung ist das konzentrierte Lesen und Durcharbeiten der Inhalte. Bei vielen Maßnahmen können/sollen wichtige Teile zur Vertiefung mehrfach und bei Bedarf gelesen werden. Angebote, die konkrete Methoden beschreiben (zum Beispiel Hypnose, kognitive Verhaltenstherapie, alternative Methoden), enthalten in den meisten Fällen eine klare und detaillierte Beschreibung, wie die einzelnen Bausteine umzusetzen und anzuwenden sind.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Bei Selbsthilfebüchern ist in der Regel keine Zusatzbetreuung vorgesehen. Einige Angebote enthalten zwar Hinweise auf andere Angebote desselben Autors bzw. derselben Autorin, dies ist jedoch eher als Werbung und nicht als Form zusätzlicher Unterstützung zu bewerten. Im Gegensatz dazu enthalten einige Broschüren, die von Gesundheitsorganisationen oder Krankenkassen angeboten werden, konkrete Hinweise auf Ausstiegsprogramme, Onlineangebote oder telefonische Beratungen.

Ergebnisqualität: Zur Wirksamkeit einzelner Bücher und Broschüren, die als Selbsthilfemaßnahmen angeboten werden, sind keine Aussagen möglich, da keines der Angebote auf seine Effektivität untersucht wurde. Auch indirekte Hinweise auf die Wirksamkeit von Selbsthilfemaßnahmen, basierend auf internationalen Erfahrungen, sind nur sehr eingeschränkt möglich, da wenige Studien dazu vorliegen. Insgesamt scheint die Effektivität isolierter Selbsthilfemaßnahmen nur gering zu sein (siehe Kapitel 4). Allerdings haben diese Maßnahmen den Vorteil, dass sie eine sehr große Anzahl von Raucherinnen und Rauchern erreichen. Somit können selbst bei einer niedrigen Abstinenzquote zahlenmäßig viele Raucher und Raucherinnen erfolgreich sein.

Auch konkrete Zahlen zur Verbreitung und Akzeptanz sind kaum verfügbar. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Bücher und Broschüren in der Bevölkerung sehr gut angenommen werden, da sie flexibel einsetzbar sind und häufig sehr gute Effekte bei vergleichsweise geringem Aufwand versprechen.

Videos/DVDs

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Die Suche nach Videos und DVDs als Selbsthilfemaßnahmen zur Tabakentwöhnung ergab insgesamt sieben Treffer. Ein Teil dieser Angebote stellt eine Adaptation eines zunächst in Buchform veröffentlichten Programms oder eines Liveseminars dar.

Vier der identifizierten Maßnahmen sind als multimodal zu bezeichnen, sie kombinieren also verschiedene Ansätze und spezifische Methoden. So werden beispielsweise „Methoden von Verhaltenstherapie, NLP und Hypnotherapie“ (Bickel 2008) oder „Akupunktur, biologische Medikamente, Psychotherapie und Diätetik zu einer erfolgreichen Symbiose“ verbunden (Jedicke 2004). Auch Informationsvermittlung zu unterschiedlichen Aspekten des Rauchens und Nichtrauchens spielt eine große Rolle.

Zwei DVDs sind dem inhaltlichen Schwerpunkt der Hypnose/Suggestion zuzuordnen. Konkret werden Hypnosebeispiele und Entspannungsübungen vorgestellt bzw. die Maßnahme besteht aus „Instruktionen, die ... durch eine auf das Unterbewusstsein wirkende Sitzung führt“ (Hepburn 2008). Schließlich ist eine DVD verfügbar, die sich auf die Motivationen und rauchbezogenen Kognitionen konzentriert.

Anbieter: DVDs zur Tabakentwöhnung werden von Personen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen angeboten. Dazu zählen Ärzte, Ärztinnen, Psychologen, Psychologinnen sowie Hypnotherapeuten und -therapeutinnen. Bei einem Angebot wird kein spezifischer Anbieter angegeben.

Zielgruppe: Häufig wird die genaue Zielgruppe nicht spezifiziert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass prinzipiell alle Raucherinnen und Raucher von den Maßnahmen angesprochen werden sollen und sie die Programme durchführen können. Einige Angebote betonen, dass die Maßnahmen auch und besonders für solche Raucherinnen und Raucher geeignet sind, die schon mehrfach erfolglos mit anderen Methoden versucht haben aufzuhören.

Dauer und Zeitaufwand: Die Dauer für das Anschauen der DVDs variiert zwischen 60 Minuten und fünf Stunden. Alle Programme sind mit dem Anschauen der DVD beendet, und es ist kein zusätzlicher Zeitaufwand nötig. Bei einigen Angeboten, die zum Beispiel Hypnoseübungen oder Entspannungsverfahren beinhalten, wird angegeben, dass man sich die entsprechenden Teile mehrmals und bei Bedarf anschauen soll.

Kosten: Die Kosten für Selbsthilfe-DVDs variieren zwischen 8,99 Euro für ein Hypnoseprogramm und 99,95 Euro für ein multimodales Tabakentwöhnungsprogramm.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Auch bei DVDs wird häufig keine spezifische Erklärung zu den angenommenen Wirkmechanismen gegeben. Je nach inhaltlicher Schwerpunktsetzung kann man jedoch von unterschiedlichen Annahmen zur Wirkweise der Programme ausgehen. Über die Informationsvermittlung soll zunächst ein Bewusstsein für die Problematik des Rauchens entwickelt werden und damit die Motivation zum Aufhören gestärkt werden. Beispielsweise findet sich die Aussage „Wer versteht, wie das Rauchen biologisch und psychologisch funktioniert, braucht zum Aufhören kaum Willenskraft“ (Frädrich 2007). Darüber hinaus sollen hypnotische und suggestive Maßnahmen bewirken, dass die Raucherinnen und Raucher ihr unbewusstes Verhalten erkennen und „es aktiv in eine neue, gesunde Richtung“ lenken (Bickel 2008).

DVDs zur Tabakentwöhnung sind der Vorbereitungs- und der konkreten Beendigungsphase zuzuordnen. Ansatzpunkt ist häufig die kognitiv-emotional-motivationale Ebene, die mithilfe unterschiedlicher inhaltlicher Komponenten angesprochen wird. Zentrale Konzepte sind dabei das Vermitteln von Informationen zum Rauchen, positive und negative Suggestionen sowie die Förderung der Motivation und des Selbstbewusstseins. Über die Induktion von Entspannung wird auch die physiologisch-biologische Ebene einbezogen. Multimodale Programme, die häufig kognitiv-verhaltenstherapeutische Prinzipien beinhalten, arbeiten zusätzlich mit den Elementen Selbstbeobachtung, Selbstmanagement, Kontingenzmanagement und Problemlösetraining.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Auch bei DVDs kommt es häufig zu unseriösen Versprechungen und nicht erwiesenen Behauptungen. So handelt es sich laut Angaben der Anbieter bei einzelnen Maßnahmen beispielsweise um den „schnellste[n] und komfortabelste[n] Weg zum Nichtraucher“ (Frädrich 2007), oder es wird versprochen, dass „mithilfe dieser DVD ... auch die langjährigen Raucher in kürzester Zeit zum Nichtraucher [werden]“ (o. A. 2007). Zentraler Aspekt ist auch hier, dass die Hilfsmaßnahmen einen Rauchstopp „ohne lästige Nebenwirkungen wie Heißhunger, Nervosität und Gereiztheit“ (Hepburn 2008) ermöglichen. Darüber hinaus wird von Erfolgsquoten von 80 % gesprochen (Jedicke 2004), die allerdings nicht belegt sind.

Konzeptqualität – Transparenz: In der Regel ist die Durchführung der Maßnahmen hinreichend gut beschrieben, sodass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer alle nötigen Informationen darüber bekommen, was sie tun müssen. Auch der Zeitaufwand für das Anschauen der DVD ist auf der Hülle beschrieben. In einigen Fällen ist jedoch vor dem Beginn der Maßnahme nicht klar, ob man sich die Inhalte am Stück oder verteilt bzw. einmal oder wiederholt anschauen soll. Darüber hinaus ist in den schriftlich vorliegenden Informationen nicht durchgehend klar erläutert, ob man sich die Inhalte nur anschauen soll oder ob man selbst aktiv werden muss (zum Beispiel Übungen durchführen).

Strukturqualität – Materialqualität: Die formale und didaktische Qualität der visuellen Programme zur Tabakentwöhnung ist durchgehend als gut zu bezeichnen. Die Maßnahmen haben einen hohen Aufforderungscharakter, da die Raucherinnen und Raucher in der Regel direkt von einer Moderatorin bzw. einem Moderator angesprochen werden. Durch zahlreiche eingebettete Interviews, Visualisierungen und Filmsequenzen werden die vermittelten Inhalte aufgelockert und die Zuschauerinnen und Zuschauer können sich gut mit dem Thema identifizieren.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Auch DVDs sind leicht und innerhalb kürzester Zeit über den Buchhandel oder das Internet verfügbar. Es handelt sich um niederschwellige Angebote, die von allen Raucherinnen und Rauchern flexibel angewendet werden können und eine geringe Ausgangsmotivation voraussetzen.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Die Handhabung und Durchführung ist generell einfach und unkompliziert, da sich die Maßnahmen auf das Anschauen der DVD beschränken. In einigen Fällen bleibt jedoch unklar, ob man sich die DVD am Stück oder in einzelnen Teilen anschauen soll.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Eine konkrete Form von Zusatzbetreuung wird bei DVDs in der Regel nicht angegeben. Bei einigen spezifischen Programmen findet sich jedoch der Hinweis auf die Liveseminare bzw. Bücher der jeweiligen Autoren bzw. Autorinnen. In Einzelfällen sind auch Internetadressen angegeben, über die man mehr Informationen zu den Maßnahmen beziehen kann.

Ergebnisqualität: Ähnlich wie bei Büchern und Broschüren sind für DVDs keine Aussagen zur Wirksamkeit möglich. Darüber hinaus sind diese Selbst-

hilfeangebote auch international bisher nicht untersucht worden. Aus diesem Grund ist es nicht möglich abzuschätzen, wie viele Raucherinnen und Raucher mit dieser Methode aufhören können. Allerdings ist auch hier davon auszugehen, dass die Angebote in der Bevölkerung gut akzeptiert und vergleichsweise weit verbreitet sind.

CDs

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Insgesamt konnten 34 auditive Maßnahmen identifiziert werden. Diese lassen sich nach ihrem inhaltlichen Schwerpunkt im Wesentlichen in vier Untergruppen aufteilen (siehe Tabelle 6):

- Hypnotische/suggestive Angebote
- Hörbücher
- Schwerpunkt Entspannung, Meditation
- Anderer Schwerpunkt

Es ist auch hier festzuhalten, dass sich die theoretischen Ausrichtungen nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen lassen, da einzelne Programme mehr als eine Methode bzw. Technik nutzen. Es ist jedoch häufig eine dominierende Methode identifizierbar.

Fünf Angebote sind Hörbücher, die den Inhalt des gleichnamigen Selbsthilfebuchs wiedergeben. So sind allein drei verschiedene Hörbuchversionen von Allen Carrs „Endlich Nichtraucher“ verfügbar. Die anderen 29 Angebote stellen eigenständige auditive Programme zur Tabakentwöhnung dar, die sich nach inhaltlichen Gesichtspunkten aufteilen lassen. Diese theoretische oder konzeptuelle Orientierung der Angebote lässt sich fast ausschließlich der Hypnose oder Suggestionen zuordnen. Insgesamt 21 Programme setzen einen ent-

| | Anzahl | Prozent |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| Hypnotische/suggestive Angebote | 21 | 61,8 |
| Hörbücher | 5 | 14,7 |
| Schwerpunkt Entspannung, Meditation | 4 | 11,8 |
| Anderer Schwerpunkt | 4 | 11,8 |
| Gesamt | 34 | 100 |

Tab. 6: Inhaltliche Ausrichtung der CDs

sprechenden Schwerpunkt und geben beispielsweise eine „Anleitung, wie man sich selber in den hochkonzentrierten Zustand der Hypnose versetzen kann“ (Gaschler 2007a). Die Hilfsmaßnahmen beinhalten durchgängig eine musikalische Begleitung der Suggestionen.

Jeweils vier Programme konzentrieren sich auf Entspannung/Meditation bzw. sind anderen Konzepten zuzuordnen (zum Beispiel Mentaltraining, NLP). Diese Angebote beinhalten beispielsweise „Entspannungsübungen und Anleitung zur Selbstvisionierung“ (Garattoni 2006), eine „geführte Meditation mit Musikuntermalung“ (Dahlke 2003) oder „emotionale Energieübungen, um Stress und Ängste abzubauen“ (Herzog 2003).

Anbieter: CDs zur Tabakentwöhnung werden von sehr unterschiedlichen Personengruppen mit verschiedenen beruflichen Hintergründen und Motivationen angeboten. Hypnotische und andere Angebote werden in der Regel von Hypnotherapeuten und -therapeutinnen, Mentaltrainern und -trainerinnen oder NLP-Trainern und -Trainerinnen offeriert. An einigen auditiven Hilfsmaßnahmen sind Psychologen und Psychologinnen bzw. Ärzte und Ärztinnen, aber auch Musikpädagogen und -pädagoginnen, Musiker und Musikerinnen oder Mediendesigner und -designerinnen beteiligt. Wenige Anbieter sind auf den Bereich der Tabakentwöhnung spezialisiert oder festgelegt. Vielmehr werden häufig ähnliche Angebote für andere Problembereiche (zum Beispiel Ängste, Übergewicht) gemacht.

Zielgruppe: Die Zielgruppen für auditive Tabakentwöhnungsmaßnahmen werden in der Regel nicht explizit spezifiziert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass grundsätzlich alle Raucherinnen und Raucher angesprochen werden sollen.

Dauer und Zeitaufwand: Die durchschnittliche Dauer für das Abspielen einer CD liegt bei ca. 60 Minuten. Bei einigen Angeboten reicht laut Anbieter das einmalige Hören aus, um mit Rauchen aufzuhören, andere Maßnahmen sollen mehrfach und bei Bedarf angehört werden.

Kosten: Ähnlich wie für andere Selbsthilfemaßnahmen gilt auch für CDs, dass ihre Kosten unterhalb derer des Zigarettenkonsums liegen. Die konkreten Preise variieren zwischen 6,90 Euro (Herzog 2003) und 59,80 Euro (Moser, Loos und Stoll 2008), wobei die Mehrheit der Angebote zwischen 10 und 20 Euro kostet.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Die überwiegende Mehrzahl der auditiven Programme basiert auf dem Konzept der Hypnose. Entsprechend wird davon ausgegangen, dass das Unterbewusstsein eine zentrale Rolle für unser Verhalten spielt. Das Rauchen hat sich über die Zeit zu einer unbewussten Gewohnheit entwickelt, der mit bewusster Willensanstrengung nicht zu begegnen sei. Diese Grundannahmen liefern den Anbietern zufolge zugleich den Ansatzpunkt der Entwöhnungsmaßnahmen, denn „festgefahrene Gewohnheiten werden am effektivsten über das Unterbewusstsein bearbeitet“ (Hartmann 2008) oder „in Trance wird es möglich, unbewusste Abhängigkeiten zu lösen und vorhandenen Sehnsüchten mehr Raum zu geben“ (Eberwein 2004). Konkret wird die Wirksamkeit der Angebote über die positive Beeinflussung des Unterbewusstseins gegen das Rauchen und für das Nichtrauchen erklärt. Über eine tiefe Entspannung, die Induktion von Trance und Suggestionen sollen „Steuerzentren im Gehirn umprogrammiert und umgeprägt werden“ (Gaschler 2007a) und „dem Unbewussten die Vorteile eines rauchfreien Lebens und der Gewinn an Lebensqualität schmackhaft gemacht“ (Unesthal 2008) werden.

Auditive Verfahren setzen in der Vorbereitungs- und der konkreten Beendigungsphase an und arbeiten überwiegend auf der kognitiv-emotional-motivationalen Ebene. Wesentliches Ziel ist die Stärkung der Entschlusskraft und des Durchhaltewillens. Zentrale inhaltliche Bausteine sind negative Suggestionen, die „die Suchtprogramme in ihrem Unterbewusstsein löschen“ (Herzog 2003), sowie positive Suggestionen, die „eine positive Wirkung auf das Wohlbefinden“ haben (Herfurth 2006). Darüber hinaus beinhalten die meisten Programme die Induktion einer Trance über eine tiefe körperliche Entspannung, mit der die physiologisch-biologische Ebene angesprochen wird.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Viele auditive Programme, die sich suggestiver Methoden bedienen, bewegen sich am Rande der Glaubwürdigkeit und Seriosität bzw. erfüllen dieses Kriterium nicht, da sie unerwiesene Behauptungen aufstellen und unrealistische Erfolge versprechen. Aussagen wie „dann haben Sie garantiert schon bald keine Lust mehr auf Zigaretten, und bleiben trotzdem schlank und fröhlich“ (Frädrich und Baum 2007), „CD abspielen – 1-mal genügt – und nie wieder rauchen“ (Hepburn 2005) oder „wird es schnell dafür sorgen, dass Sie jetzt und in Zukunft kein Verlangen mehr nach Zigaretten haben“ (Grünn 2002) erscheinen unrealistisch und sind wissenschaftlich nicht haltbar.

Konzeptqualität – Transparenz: Die Raucherinnen und Raucher erhalten in der Regel die zentralen Informationen, die sie zur Durchführung der Audioprogramme benötigen. Die hypnotischen/suggestiven Angebote erläutern häufig auch die zentrale Annahme bezüglich der Wirkmechanismen, nämlich dass das Unterbewusstsein eine zentrale Rolle für das Verhalten spielt und über Suggestionen beeinflusst werden kann.

Strukturqualität – Materialqualität/Zugang: Der Aufforderungscharakter der Maßnahmen ist allgemein als gut zu bezeichnen, da die Raucherinnen und Raucher direkt und persönlich angesprochen werden. Häufig findet man eine sehr persönliche Du-Anrede („Du bist ganz ruhig“) oder die gesprochenen Inhalte werden in der Ich-Perspektive vermittelt („Ich bin völlig entspannt“). Dadurch fällt die Identifikation mit den Inhalten leicht. Die zusätzlich zu den Tonträgern verfügbaren Materialien (Booklets) unterscheiden sich sehr stark in ihrer Qualität. Bei einigen Anbietern ist lediglich eine gedruckte DIN-A4-Seite verfügbar, bei anderen liegt ein umfangreiches und didaktisch gut ausgearbeitetes Booklet bei.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit: Wie auch für andere Selbsthilfemaßnahmen gilt für auditive Angebote, dass diese in der Regel über den Buchhandel bzw. über das Internet erhältlich sind und somit schnell, das heißt spätestens innerhalb weniger Tage, zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sind sie flächendeckend und ohne Einschränkung für alle Raucherinnen und Raucher zu erhalten. CDs gehören zu den niederschweligen Angeboten, die eine geringe Eingangsmotivation voraussetzen und auch sonst wenig Anforderungen (zeitlich, motivational, intellektuell) an die Raucherinnen und Raucher stellen.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Die Handhabbarkeit und Durchführbarkeit der Maßnahmen ist in der Mehrheit der Fälle als gut zu bezeichnen. Die Durchführung ist in der Regel hinreichend präzise beschrieben, sodass die Maßnahmen ohne größere Schwierigkeiten absolviert werden können. Häufig findet sich bei suggestiven Audio-CDs der Hinweis, dass die CD nicht während des Autofahrens oder anderen konzentrationsfördernden Tätigkeiten gehört werden darf, da die Gefahr des Einschlafens besteht. Allerdings bleiben bei einem nicht unerheblichen Teil der Angebote wichtige Informationen unklar. So ist beispielsweise nicht durchgängig ersichtlich, wie häufig die CDs angehört werden sollen bzw. ob man das gesamte Programm am Stück oder mit Unterbrechung hören soll, um den versprochenen Erfolg zu erzielen.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Bei auditiven Programmen zur Tabakentwöhnung ist in der Regel keine Zusatzbetreuung enthalten. Lediglich für vereinzelte Maßnahmen geben die Anbieter in den Booklets eine Homepage an, über die weitere Informationen verfügbar sind.

Ergebnisqualität: Da die Wirksamkeit von auditiven Selbsthilfemaßnahmen bisher weder in Deutschland noch international untersucht wurde, sind keine Aussagen zur Ergebnisqualität möglich. Als niederschwellige Angebote kann die Verbreitung und Akzeptanz unter den Raucherinnen und Rauchern jedoch als relativ hoch eingeschätzt werden.

Computerbasierte Interventionen

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Zu den insgesamt 15 identifizierten computerbasierten Angeboten zur Tabakentwöhnung zählen zehn Onlineprogramme sowie fünf Softwareprodukte für den PC bzw. das Handy. Das wesentliche Kennzeichen dieser Interventionen besteht darin, dass sie in der Regel auf die persönlichen Bedürfnisse des Rauchers und der Raucherin zugeschnitten sind und sie „wie ein persönlicher Coach motivier[en] und informier[en]“ (rauchfrei-info.de). Dazu wird zu Beginn des Programms ein Fragebogen zum aktuellen Konsum und der Aufhörmotivation beantwortet. Aufbauend auf diesen Informationen erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein „personalisiertes Programm mit individuellen Trainingseinheiten“ (Ubisoft 2008) oder „individuell ... abgestimmte Informationen und direkte persönliche Unterstützung“ (nichtraucher.de). Die einzelnen Programmbausteine beinhalten unter anderem das Beobachten des eigenen Rauchverhaltens, den Aufbau positiver Alternativen zum Rauchen, Motivationsförderung, Ernährungs- und Durchhaltetipps. Durch das Ausfüllen von Konsumstatistiken kann der Fortschritt dokumentiert werden. Darüber hinaus bieten die Maßnahmen Zusatzfunktionen wie zum Beispiel Videoclips, Kostenrechner, Tagebuchfunktion oder Chats mit anderen Raucherinnen und Rauchern bzw. Expertinnen und Experten.

Anbieter: Es lassen sich zwei Gruppen von Anbietern computerbasierter Interventionen unterscheiden. Einerseits haben verschiedene Gesundheitsorganisationen und Krankenkassen (BZgA, AOK, DAK, TK) entsprechende Programme entwickelt. Andererseits werden Maßnahmen auch von Einzelpersonen unterschiedlicher Fachrichtungen (zum Beispiel Psychologen und Psychologinnen, Wirtschaftswissenschaftlern und -wissenschaftlerinnen) angeboten.

Zielgruppe: Zielgruppe der Programme sind Raucherinnen und Raucher, die zum Aufhören motiviert sind. Weitere Einschränkungen werden zumeist nicht gemacht. Allerdings beschränken sich die Angebote der Krankenkassen auf deren jeweilige Mitglieder.

Dauer und Zeitaufwand: Der Zeitaufwand, der für die Durchführung der Programme nötig ist, variiert zwar zwischen einzelnen Angeboten, in der Regel sind die Angebote aber auf einen Zeitraum von mehreren Wochen angelegt. Häufig erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer jeden Tag oder jede Woche neue Informationen, Tipps oder Aufgaben (zum Beispiel Protokollierung des Rauchverhaltens, Übungen), die sie bearbeiten sollen, um die Maßnahme erfolgreich absolvieren zu können. Der konkrete Zeitrahmen zur Beschäftigung mit den Programmen hängt jedoch maßgeblich von jeder Teilnehmerin und jedem Teilnehmer selbst ab.

Kosten: Die Kosten zur Teilnahme an den Programmen unterscheiden sich nach den zwei Gruppen von Anbietern. Alle Onlinemaßnahmen, die von Gesundheitsorganisationen und Krankenkassen angeboten werden, sind kostenlos. Bei den kommerziellen Einzelanbietern treten Variationen von kostenlos (nichtraucher.de, stop-simply.de) bis zu 190 Euro (sucht-frei.de) auf.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Die verhaltenstherapeutisch orientierte Grundannahme vieler computerbasierter Hilfsmaßnahmen besteht darin, dass das Rauchen ein erlerntes Verhalten ist, das auch wieder verlernt werden kann. „Wenn Sie in der Lage waren, das Rauchen zu erlernen, dann sind Sie auch in der Lage, das Rauchen wieder zu verlernen“ (sucht-frei.de). Die bestehenden „Kopplungen zwischen Alltagssituationen und dem Rauchen müssen wieder aufgelöst werden“ (kicknic.de). Dieser Prozess des Verlernens verläuft dabei in mehreren Schritten, von der Stärkung des Aufhörwillens über die Vorbereitung des Ausstiegs bis hin zur Aufrechterhaltung des Nichtrauchens.

Computerbasierte Maßnahmen zur Tabakentwöhnung setzen häufig in der Vorbereitungsphase sowie am konkreten Rauchausstieg an. Ziel ist es, die Motivation und das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken und konkrete Hilfen beim Rauchstopp zu geben. Hauptsächlich werden die kognitiv-emotional-motivationale sowie die Verhaltensebene angesprochen, indem unterschiedliche konkrete inhaltliche Bausteine zum Einsatz kommen: Wissensvermittlung, Erhöhung der kognitiven Dissonanz, Förderung des Selbstbe-

wusstseins, kognitive Umstrukturierung rauchbezogener Einstellungen, Selbstbeobachtung, Selbstmanagement, Kontingenzmanagement sowie Aufbau von Handlungsalternativen und Problemlösefertigkeiten. Einige Programme berücksichtigen auch die Phase der Stabilisierung des Nichtrauchens. Im Rahmen der Rückfallprävention wird über Maßnahmen zur Stressreduktion und Entspannung auch die physiologisch-biologische Ebene einbezogen.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Die meisten Programme sind als seriös zu bezeichnen, da sie keine unrealistischen Erfolge versprechen oder falsche Erwartungen wecken.

Konzeptqualität – Transparenz: Die Selbstbeschreibung der computerbasierten Maßnahmen ist in der Regel sehr ausführlich und strukturiert, sodass den Teilnehmerinnen und Teilnehmern schon vor Beginn des Programms alle notwendigen Informationen vorliegen. Die Inhalte, die konkrete Durchführung sowie der nötige Zeitaufwand werden spezifiziert.

Strukturqualität – Materialqualität: Der Aufforderungscharakter sowie die Übersichtlichkeit der genutzten Materialien ist im Allgemeinen sehr gut. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können sich mit den Inhalten gut identifizieren, da sie direkt und persönlich angesprochen werden und auch Bedenken und Vorbehalte, die bei vielen Raucherinnen und Rauchern vorkommen, thematisiert werden. Eingebaute Videosequenzen, Comics oder Arbeitsblätter lockern die Inhalte auf und erhöhen die didaktische Qualität. Einschränkend ist jedoch zu erwähnen, dass die interaktiven Oberflächen teilweise sehr verschachtelt sind und zu viele einzelne Links enthalten, die es schwer machen, dem roten Faden des Programms zu folgen. Außerdem enthalten die einzelnen Seiten sehr viel Text, dessen Bearbeitung eine hohe Konzentration erfordert.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Computerbasierte Interventionen sind an die Nutzung eines Computers und des Internets gebunden, was sie für bestimmte Zielgruppen (zum Beispiel ältere Raucherinnen und Raucher) schwerer erreichbar macht. Auf Bevölkerungsebene ist die Erreichbarkeit jedoch als gut zu bezeichnen. Die Maßnahmen können zeitlich flexibel und bedarfsgerecht angewendet werden. Internetbasierte Expertensysteme zur Tabakentwöhnung rangieren in der Regel zwischen den niederschweligen Selbsthilfematerialien (Bücher, DVDs, CDs) und den hochschweligen Einzel- und Gruppenberatungen. Durch die häufig geforderte persönliche Anmeldung zu den Programmen ist eine höhere Ausgangsmotivation notwendig.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Für die meisten Hilfsangebote gilt, dass ihre Handhabbarkeit und Durchführbarkeit als gut zu bezeichnen ist. Der Ablauf ist darüber hinaus hinreichend klar beschrieben. Für viele Onlinemaßnahmen ist eine individuelle Anmeldung in das System erforderlich, bevor man mit dem eigentlichen Programm beginnen kann. Angaben zum Konsum bzw. den Fortschritten innerhalb der Maßnahmen werden von den Programmen gespeichert und können als Statistiken abgerufen werden. Häufig sind auch alle bereits durchlaufenen Teile des Programms rückblickend verfügbar, sodass die Raucherinnen und Raucher bei Bedarf erneut darauf zugreifen können.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Viele Onlineinterventionen zur Tabakentwöhnung bieten eine gewisse Form von Zusatzbetreuung an. Zu den verschiedenen Möglichkeiten gehören beispielsweise Foren oder Chats, in denen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander austauschen können oder Kontakt zu den Anbietern bzw. Experten und Expertinnen aufnehmen können, um Fragen zu stellen. Einige Programme bieten darüber hinaus eine Telefonhotline an.

Ergebnisqualität: Nur von vereinzelten Programmen liegen Daten zur Wirksamkeit vor, die aus internen Evaluationsstudien stammen (ich-werde-nicht-raucher.de; rauchfrei-info.de). Einschränkend ist jedoch zu sagen, dass diese Studien nicht kontrolliert waren und zum Teil nur unzureichend beschrieben sind. Da die vorhandenen Daten nicht vergleichbar sind, ist eine zusammenfassende Darstellung auf dieser Kategorieebene nicht möglich. Es lässt sich nur sagen, dass ein gewisser Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die Programme einen Rauchstopp unternimmt und ein kleinerer Teil diesen über einen kurz- bzw. mittelfristigen Zeitraum aufrechterhalten kann. Zu langfristigen Effekten sind keine Aussagen möglich. Die Überprüfung der Wirksamkeit von computerbasierten Maßnahmen wird generell dadurch erschwert, dass die Teilnehmerate an entsprechenden Befragungen sehr niedrig ist. Darüber hinaus ist es schwierig zu dokumentieren, ob sich die befragten Raucherinnen und Raucher tatsächlich an das Programm gehalten und dies, wie von den Anbietern beabsichtigt, durchgeführt haben. Auch zur Verbreitung und Akzeptanz der Programme liegen nur wenige Informationen vor. Zwei Anbieter (ich-werde-nichtraucher.de, rauchfrei-info.de) geben an, dass sich im Verlauf eines Kalenderjahres jeweils mehr als 6000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Programme angemeldet haben. Von denjenigen, die Fragebogen zum Programm beantwortet haben, gab die Mehrheit an, mit dem Angebot zufrieden zu sein.

6.3 Einzelberatung

Persönliche Beratung

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Im Rahmen der persönlichen Einzelberatung kommen sowohl (ärztliche) Kurzinterventionen als auch intensivere Interventionen zum Einsatz (siehe Tabelle 7). Für die Durchführung von Kurzinterventionen liegen Leitfäden vor, nach denen sich die Anbieter verschiedener Gesundheitsberufe richten können (Bundesärztekammer 2001, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006). Ärztliche Kurzintervention kann als Methode beschrieben werden, „das Rauchverhalten bei ... Patienten anzusprechen und zielgerichtet Hilfestellung für das Aufhören mit dem Rauchen zu geben“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006). Ziel ist es stets, „mit vertretbarem Zeitaufwand eine wirkungsvolle Entwöhnung bei Rauchern ein[zu]leiten und [zu] begleiten“ (Bundesärztekammer 2001).

Zentraler Bestandteil ist das Ansprechen und Dokumentieren des Rauchverhaltens. Mithilfe unterschiedlicher Gesprächstechniken (zum Beispiel Motivierende Gesprächsführung) sollen die Änderungsbereitschaft und -kompetenz der Raucherinnen und Raucher gestärkt werden. Häufig sind Kurzinterventionen durch einen proaktiven Ansatz gekennzeichnet, das heißt, die Initiative zur Durchführung der Maßnahme geht zunächst vom Anbieter aus. Werden weitere Folgekontakte vereinbart, geht die Intervention in einen reaktiven Ansatz über.

Auch für die Durchführung intensiverer Einzelberatungen, die einen reaktiven Charakter haben, liegen unterschiedliche Leitfäden vor bzw. stehen Curricula für Schulungen zur Verfügung (siehe Tabelle 7). Einzelberatung ist in der Regel modular aufgebaut und enthält unterschiedliche Schwerpunkte. Sie beginnt mit der Diagnostik des Rauchverhaltens und der Änderungsmotivation, aus der sich „die zentralen Aufgaben für den weiteren Therapieverlauf“ (Deutsches Krebsforschungszentrum 2004) ableiten. Häufig werden dafür standardisierte Fragebogen eingesetzt. Weiterer wichtiger Bestandteil ist der Aufbau förderlicher Einstellungen zum Ausstieg sowie die Förderung der Selbstwirksamkeit. Angepasst an die persönliche Ausgangssituation eines jeden Rauchers bzw. einer jeden Raucherin kommen im Rahmen der reaktiven Einzelberatung unterschiedliche kognitive sowie verhaltenstherapeutische Methoden zum Einsatz, um den Rauchstopp konkret vorzubereiten und zu

| ÄRZTLICHE KURZINTERVENTION | ANBIETER |
|--|---|
| Frei von Tabak | Bundesärztekammer 2001 |
| Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006 |
| INTENSIVERE EINZELBERATUNG | |
| Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ | Bundesärztekammer 2008 |
| Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“ „Heidelberger Curriculum“ | Bundesärztekammer o. J. Deutsches Krebsforschungszentrum 2004 |
| Leitfaden „Rauchersprechstunde“ | Deutsches Krebsforschungszentrum 2004 |

Tab. 7: Angebote zur persönlichen Einzelberatung

begleiten. Dabei werden den Raucherinnen und Rauchern „eine ganze Fülle von Tipps [gegeben], die sie in schwierigen Situationen anwenden können“ (Deutsches Krebsforschungszentrum 2004). Im Anschluss an den Rauchstopp kann die Beratung der Stabilisierung und Rückfallprophylaxe dienen.

Anbieter: Kurzinterventionen können von verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitssektor durchgeführt werden, sind jedoch hauptsächlich für die ärztliche Praxis entwickelt worden und vorgesehen. Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und -ärztinnen sowie Krankenpfleger und -pflegerinnen zählen zu den häufigsten Anbietern. Auch intensivere Einzelberatungen werden vornehmlich von Ärztinnen und Ärzten, zu kleineren Teilen auch von Psychologinnen und Psychologen durchgeführt.

Zielgruppe: Zielgruppe für Einzelberatungen sind grundsätzlich alle Raucher und Raucherinnen. Da Kurzinterventionen häufig in der ärztlichen Praxis durchgeführt werden, sind die Konzepte hauptsächlich für Raucherinnen und Raucher mit einem erhöhten gesundheitlichen Risiko entwickelt worden (zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen). Individualisierte und intensivere Beratung ist vor allem bei schwerer Tabakabhängigkeit oder bei mehrfach gescheiterten Aufhörversuchen indiziert.

Dauer und Zeitaufwand: Ärztliche Kurzinterventionen nehmen vergleichsweise wenig Zeit in Anspruch. In der ärztlichen Praxis kann sich die Intervention beispielsweise allein auf die Frage nach dem Rauchstatus und die Emp-

fehlung, mit dem Rauchen aufzuhören, beschränken. Die Intervention kann jedoch auf eine etwa 15-minütige Beratung ausgeweitet werden, und es können Folgekontakte vereinbart werden. Eine intensivere Einzelberatung besteht in der Regel aus mehreren einzelnen Terminen, die auf einen Zeitraum von mehreren Wochen verteilt stattfinden. So werden beispielsweise für das Konzept der Rauchersprechstunde üblicherweise 30 Minuten vorgesehen, die durch weitere Folgekontakte mit einer Dauer von ca. zehn Minuten ergänzt werden sollten.

Kosten: Ärztliche Kurzinterventionen sind für die Raucherinnen und Raucher kostenlos, da sie im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Konsultation erfolgen. Zu den Kosten intensiverer Einzelberatungen liegen keine konkreten Informationen vor. Prinzipiell werden diese nicht von den Krankenkassen erstattet, da die Diagnose Tabakabhängigkeit keine Indikation für eine Psychotherapie darstellt. Es sind jedoch individuelle Vereinbarungen möglich, wie sich die Beratungen beispielsweise als IGEL-Leistung abrechnen lassen.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: In den verfügbaren Unterlagen zu Einzelberatungen werden die angenommenen Wirkmechanismen in der Regel nicht explizit dargelegt. Es sind jedoch sozial-kognitive und verhaltenstherapeutische Grundlagen zu erkennen, wie zum Beispiel das Bearbeiten von Ambivalenz zur Förderung der Motivation, die Erhöhung von Selbstwirksamkeit oder das Erstellen und Bearbeiten von Risikoprofilen.

Darüber hinaus orientieren sich die Angebote zum Teil an der Theorie der Stadien der Veränderungsbereitschaft, die je nach motivationaler Ausgangslage der Raucherinnen und Raucher unterschiedliche Interventionsansätze vorschlägt. Die zentrale Grundannahme dieses Modells besteht darin, dass „das Aufhören kein diskretes Ereignis, sondern ein dynamischer Phasenprozess“ (Deutsches Krebsforschungszentrum 2004) ist.

Einzelberatungen können in allen drei Phasen der Tabakentwöhnung ansetzen: der Vorbereitung, dem konkreten Rauchstopp sowie der Stabilisierung des Nichtrauchens. So ist es das Ziel der Interventionen, die Motivation zum Ausstieg zu fördern, individuell geeignete Ausstiegsmittel zu planen und rückfallkritische Situationen zu bearbeiten. Entsprechend dieses breiten Ansatzes werden sowohl die kognitiv-emotional-motivationale Ebene als auch die Verhaltens- und zum Teil die physiologisch-biologische Ebene bearbeitet. Als konkrete inhaltliche Komponenten kommen beispielsweise kognitive Umstrukturierung

rauchbezogener Einstellungen, Stärkung des Selbstbewusstseins, Selbstbeobachtung, Kontingenzmanagement, Aufbau von Problemlösefähigkeiten, Entwicklung und Einüben von Verhaltensalternativen sowie Verfahren zur Stressreduktion und Entspannung zum Einsatz.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Im Vorfeld und im Rahmen individueller Beratungen werden keine unrealistischen Versprechungen gemacht oder falsche Erwartungen geweckt. Die Angebote sind demnach als seriös und glaubwürdig zu bezeichnen.

Konzeptqualität – Transparenz: Für die durchführenden Berufsgruppen (Ärzte und Ärztinnen etc.) sind die Grundlagen, Konzepte und die Durchführung der Interventionen in den verfügbaren Leitlinien ausführlich erläutert. Die Informationen sind hoch strukturiert und erlauben eine einfache Übertragung der Inhalte in den Praxisalltag. In Bezug auf die Raucherinnen und Raucher, die im Rahmen der Interventionen beraten werden, ist die Transparenz zwar stark von den einzelnen Anbietern abhängig, jedoch gehört zum Konzept der bestehenden Leitfäden auch, dass der Therapieverlauf mit den Raucherinnen und Rauchern besprochen wird. Bei leitlinienkonformer Durchführung erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer demnach alle Informationen über Zielsetzung, Dauer und Inhalte der Maßnahme, die sie benötigen.

In Bezug auf die eher proaktiv angelegten ärztlichen Kurzinterventionen ist weniger Transparenz gegeben. Da die Raucherinnen und Raucher in der Regel nicht mit dem Wunsch nach einer Beratung in die Praxis kommen, sondern vom Arzt bzw. der Ärztin auf das Rauchen angesprochen werden, sind sie meist vorher über die Inhalte und Wirkmechanismen der Maßnahme nicht informiert worden.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Die Verfügbarkeit ärztlicher Kurzinterventionen ist schwer abzuschätzen, da keine Daten darüber vorliegen, wie viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte diese Interventionen kennen bzw. anbieten. Insgesamt scheint es jedoch nötig, ärztliche Kurzinterventionen verstärkt anzubieten, da nur etwa jeder zweite rauchende Patient bzw. jede zweite rauchende Patientin schon einmal ärztlicherseits auf das Rauchen angesprochen wurde (Hoch et al. 2004).

Es ist auch schwer zu beurteilen, wo und wie häufig intensivere Einzelberatungen zur Tabakentwöhnung angeboten werden, da keine entsprechenden Informationen zur Verfügung stehen. Allerdings ist anzunehmen, dass diese

Interventionen nur unzureichend verfügbar sind. In der Anbieterdatenbank des DKFZ und der BZgA sind unter dem Stichwort „Rauchersprechstunde“ insgesamt 242 Anbieter in ganz Deutschland gelistet. Zwar werden die Dozentinnen und Dozenten der existierenden Curricula regelmäßig geschult, es sind jedoch keine Zahlen verfügbar, wie viele Personen an diesen Schulungen teilnehmen bzw. diese Maßnahmen im weiteren Verlauf auch tatsächlich anbieten. Einzelberatungen stellen somit hochschwellige Angebote dar.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Die konkrete Durchführung der Interventionen ist in den Leitfäden beschrieben. Häufig enthalten diese Beispiele für bestimmte Gesprächstechniken (zum Beispiel Motivierende Gesprächsführung), die die Ansprache des Rauchens bei den Raucherinnen und Rauchern erleichtern. Auch werden Möglichkeiten diskutiert, wie die Interventionen in den Arbeitsalltag integriert werden können. Die Leitfäden sind gut verständlich und sehr strukturiert. In der konkreten Beratungspraxis bietet das individualisierte Vorgehen der Einzelberatung den Vorteil, dass sich der Berater bzw. die Beraterin auf die jeweilige Situation des Rauchers bzw. der Raucherin einstellen kann, sodass eine Über- oder Unterforderung vermieden wird.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Im Rahmen von Einzelberatungen kommen häufig Nachsorgeangebote oder weiterführende Hilfsangebote zum Einsatz. Da die Zeit für die konkrete Beratung sehr beschränkt ist, werden verschiedene Selbsthilfebroschüren ausgeteilt oder die Raucherinnen und Raucher werden über weiterführende Angebote (zum Beispiel Gruppenberatung, pharmakologische Interventionen) informiert.

Ergebnisqualität: Für Deutschland liegen nur eingeschränkte Informationen zur Wirksamkeit ärztlicher Kurzinterventionen sowie intensiverer Einzelberatungen vor (siehe Kapitel 4). Gemessen an dem vergleichsweise geringen Aufwand, der mit der Durchführung dieser Maßnahmen verbunden ist, lassen sich die Erfolgsquoten positiv beurteilen. Intensive Einzelberatungen gelten international als sehr effektiv (siehe Kapitel 4).

Die Datenlage zur Verbreitung der Angebote ist unzureichend. So sind keine Aussagen darüber möglich, wie viele Raucherinnen und Raucher Einzelberatungen in Anspruch nehmen. Es ist jedoch zu vermuten, dass das Potenzial dieser Interventionen noch nicht ausgeschöpft ist.

Telefonberatung

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Bei der klassischen Telefonberatung wird eine Telefonnummer für eine Raucherberatung eingerichtet und in der Bevölkerung bekannt gemacht (siehe Tabelle 8). Diese sogenannten Helplines bieten einen persönlichen Kontakt zwischen Berater bzw. Beraterin und einem hilfesuchenden Raucher bzw. einer hilfesuchenden Raucherin. Beim Rauchertelefon erhalten die Anrufer bzw. Anruferinnen Informationen, Ratschläge und Unterstützung bei der konkreten Planung und Umsetzung des Rauchausstiegs sowie bei Bedarf Information zu weiterführenden Hilfsangeboten in ihrer Nähe.

Die reaktiv ausgerichteten Helplines können zusätzlich um proaktive Komponenten ergänzt werden. Bei dieser Form der Beratung wird der telefonische Kontakt vom Anbieter selbst initiiert. In der Regel geht diesen proaktiven Anrufen jedoch ein erster Anruf durch die Raucherin oder den Raucher voraus, in dessen Rahmen weitere Kontakte vonseiten des Anbieters vereinbart werden. Diese Art der Beratung gibt individuelle Hilfestellungen bei der Vor-

| REAKTIVE TELEFONBERATUNG | |
|--|---|
| Rauchertelefon | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (01805-313131) |
| Rauchertelefon | Deutsches Krebsforschungszentrum (06221-424200) |
| Rauchertelefon für Krebspatienten | Deutsches Krebsforschungszentrum (0800-1418141) |
| Helpline Bayern | Institut für Raucherberatung und Tabakentwöhnung Bayern IRT (0800-1418141) |
| Berliner Rauchertelefon | Wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft Raucher- Entwöhnung und Gewichtsreduktion WAREG e. V. (030-7059496) |
| PROAKTIVE TELEFONBERATUNG | |
| Rauchertelefon | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (01805-313131) |
| Rauchertelefon | Deutsches Krebsforschungszentrum (06221-424200) |
| Rauchertelefon für Krebspatienten | Deutsches Krebsforschungszentrum (0800-1418141) |
| Helpline Bayern | Institut für Raucherberatung und Tabakentwöhnung Bayern IRT (0800-1418141) |

Tab. 8: Angebote zur persönlichen Einzelberatung

bereitung des Rauchstopps, begleitet die Raucherinnen und Raucher in der ersten Zeit nach dem Aufhören, hilft bei Rückfällen und vermittelt bei Bedarf weitere Hilfsangebote in der Nähe.

Anbieter: Zu den Anbietern reaktiver Telefonberatungen zählen Institutionen des Gesundheitswesens wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) oder regionale Arbeitsgemeinschaften. Proaktive Telefonberatung wird ebenfalls von der BZgA und dem DKFZ angeboten. Darüber hinaus gibt es regionale Angebote (Helpline Bayern), die von wissenschaftlichen Instituten oder Arbeitsgemeinschaften realisiert werden.

Zielgruppe: Telefonberatung ist grundsätzlich uneingeschränkt für alle Raucherinnen und Raucher geeignet. Die Maßnahmen eignen sich besonders für Personen, die in einer ganz konkreten Situation kurzfristig Unterstützung brauchen bzw. rückfällig geworden sind. So wird die Telefonberatung speziell als „Anlaufstelle für rückfallgefährdete und rückfällig gewordene Raucher“ beschrieben (Deutsches Krebsforschungszentrum).

Dauer und Zeitaufwand: Die Dauer einer telefonischen Beratung ist sehr stark von den Bedürfnissen der Raucherinnen und Raucher abhängig. Sie kann sich auf ein einzelnes Gespräch mit einer Dauer von ca. 15 Minuten beschränken, allerdings ist es auch möglich, weitere Anrufe zu vereinbaren. Für die proaktive Beratung sind je nach Anbieter etwa fünf Gespräche im Zeitrahmen weniger Wochen bis hin zu sechs Monaten mit einer Dauer von jeweils zehn bis 15 Minuten vorgesehen.

Kosten: Die Kosten für die Telefonberatung sind sehr gering. Einige Anbieter haben eine kostenfreie Telefonnummer geschaltet, bei anderen fallen feste Kosten (zum Beispiel 0,14 Euro/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk maximal 0,42 Euro/Min.) oder die regulären Telefonkosten an. Die Beratung an sich ist kostenfrei.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: In den Selbstbeschreibungen der Telefonberatungen werden die angenommenen Wirkmechanismen der Hilfsmaßnahmen nicht spezifiziert. Der Fokus der Angebote liegt jedoch deutlich auf der Entwicklung eines Problembewusstseins und der Entwicklung bzw. Stärkung der Aufhörtmotivation. Darüber hinaus spielt die konkrete Planung des Ausstiegs eine große Rolle.

Ansatzpunkte der telefonischen Einzelberatung sind die kognitiv-emotional-motivationale sowie die Verhaltensebene. Als wichtige Ziele gelten der Aufbau von Motivation, das Rauchverhalten zu ändern, sowie die konkrete Unterstützung und Planung des Rauchstopps. Entsprechend kommen die Interventionen in der Vorbereitungs- und der konkreten Beendigungsphase des Rauchstopps zum Einsatz. Zentrale inhaltliche Bausteine sind Wissensvermittlung, Entwicklung von kognitiver Dissonanz, kognitive Umstrukturierung rauchbezogener Gedanken und Einstellungen, Stärkung des Selbstbewusstseins, Aufbau von Alternativverhaltensweisen, Umgang mit Entzugserscheinungen und soziale Unterstützung.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Telefonberatungen versprechen keine unrealistischen Erfolge oder wecken falsche Erwartungen bei den Raucherinnen und Rauchern. Die Interventionen sind somit als seriös und glaubwürdig zu bezeichnen.

Konzeptqualität – Transparenz: Im Rahmen der telefonischen Beratung erhalten die Raucherinnen und Raucher im ersten Gespräch alle Informationen, die notwendig sind. Die Anzahl der Anrufe und die Themen, die besprochen werden können, werden hinreichend klar erläutert.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Beratungstelefone zur Tabakentwöhnung sind kurzfristig und deutschlandweit verfügbar. In der Regel sind die Helplines ganzjährig und täglich besetzt, sodass die Raucherinnen und Raucher sie bei Bedarf unmittelbar erreichen können. Durch diese leichte Zugänglichkeit und Verfügbarkeit können Telefonberatungen als niederschwellig angesehen werden. Auch proaktive Telefonberatungen sind prinzipiell gut und innerhalb ganz Deutschlands erreichbar, jedoch ist dieses Angebot nicht durchgehend bekannt.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Die effiziente Durchführung von Telefonberatungen wird durch anbieterinterne Schulungen der Beraterinnen und Berater sichergestellt. Für die Raucherinnen und Raucher ergeben sich keine spezifischen Aspekte hinsichtlich der Durchführung der Maßnahme, da diese ausschließlich von der Beraterin bzw. vom Berater ausgeht.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Die Vermittlung weiterer Maßnahmen zur Tabakentwöhnung ist ein wichtiger Bestandteil der telefonischen Beratung. So werden bei Bedarf persönliche Beratungsangebote vermittelt, die der Raucher und die Raucherin vor Ort in Anspruch nehmen kann.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle: Im Rahmen einer internen Evaluation des Programms „Rauchfrei in 10 Schritten“ wurden 2005 auch Ergebnisse zur Effektivität der Telefon-Helpline der BZgA berichtet. Zum Follow-up-Zeitpunkt nach sechs Monaten lag die konservativ berechnete 7-Tage-Punkt-Abstinenz bei 17,7%.

Die BZgA hat eine interne Evaluation ihres Angebots der proaktiven Telefonberatung durchgeführt und berichtet Abstinenzquoten von 25% nach einem Jahr.

In Bezug auf reaktive Telefon-Helplines berichtet die BZgA, dass im Jahr 2008 insgesamt 6700 Gespräche registriert wurden. Für proaktive Angebote wird angegeben, dass im selben Jahr ca. 200 Raucherinnen und Raucher das Angebot genutzt haben. Die Mehrheit dieser Personen war mit dem Angebot sehr zufrieden und würde es weiterempfehlen.

6.4 Gruppenberatung

Singulärer Kontakt

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: In Deutschland stehen den Raucherinnen und Rauchern unterschiedliche sogenannte Ein-Tages-Seminare zur Tabakentwöhnung zur Verfügung, die ein einzelnes Treffen einer Gruppe von etwa fünf bis 15 Personen vorsehen (siehe Tabelle 9). Je nach inhaltlichem Schwerpunkt lassen sich drei Gruppen unterscheiden. Ein Teil der Seminare konzentriert sich sehr stark auf Kognitionen, Emotionen und Motivationen und geht davon aus, dass das „Hauptproblem beim Aufhören nur eine falsche Sichtweise“ (Allen Carr’s Easyway) ist. Ziel dieser Veranstaltungen ist es, zu erklären, wie man zu dieser falschen Sichtweise gekommen ist (zum Beispiel durch Gehirnwäsche oder gezieltes Marketing), und diese Einstellungen kritisch zu hinterfragen. Sobald die Raucherinnen und Raucher diese Grundlagen und Zusammenhänge verstanden haben, soll das Verlangen nach Zigaretten verschwinden. „Nichtraucher werden [ist] leicht – egal wie viel und wie lange Sie schon rauchen“ (Nichtraucher in 5 Stunden).

| | |
|--|--|
| Allen Carr's Easyway – Einfach Nichtraucher | Easyway GmbH |
| Glücklicher Nichtraucher | Lutz Mehlhorn |
| Nichtraucher in 5 Stunden | Institut für Gesundheitscoaching Baum, Buckert, Frädriich GbR |
| 12345rauchrei. Rauchfrei in 5 Stunden | 12345rauchfrei KG |
| Rauchfrei-Spritze | ISIS Gesundheit-Schönheit-Wellness GmbH |
| Raucherentwöhnung mit Tiefenhypnose | Carlo Faraday Mental Training GmbH & Co. KG |

Tab. 9: Angebote zum singulären Gruppenkontakt

Eine zweite Gruppe von Ein-Tages-Angeboten ist modular aufgebaut. In einem ersten Teil findet ein mehrstündiges Seminar statt, in dem „einfache Wege aus der Sucht nach Nikotin aufgezeigt“ (Rauchfrei-Spritze) werden oder „die Ursachen, weshalb Sie rauchen, auf verschiedenen Ebenen bearbeitet“ und aufgelöst werden (Glücklicher Nichtraucher). Ergänzt werden die Seminare durch eine sogenannte Mesotherapie, das heißt, „Nadelung ganz spezifischer Sucht-Akupunkturpunkte, verbunden mit Injektionen mit einer speziellen Heilmittelmischung“ (Glücklicher Nichtraucher). Beide Bausteine sollten kombiniert werden, werden aber auch einzeln angeboten.

Ein weiteres Seminar legt den inhaltlichen Schwerpunkt auf Hypnose. Dabei werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einen Zustand der Trance versetzt, in dem sie dann „Informationen und Suggestionen leichter aufnehmen und verarbeiten [können], ohne an aktiven Übungen teilnehmen zu müssen“ (Raucherentwöhnung mit Tiefenhypnose).

Anbieter: Ein-Tages-Seminare zur Tabakentwöhnung werden in der Regel von Firmen angeboten, die auf den Ideen oder Konzepten einer bestimmten Person beruhen und sehr stark mit diesem Namen verbunden sind (zum Beispiel Allen Carr). Diese Firmen haben eine Infrastruktur mit regionalen Niederlassungen entwickelt, die es ihnen ermöglicht, deutschlandweit tätig zu werden. Die Veranstaltungen werden von geschulten Seminarleiterinnen und -leitern durchgeführt, die in der Mehrheit früher selbst geraucht haben.

Zielgruppe: Die Zielgruppe der Seminare wird nicht konkret benannt, und es ist davon auszugehen, dass sie grundsätzlich für alle Raucherinnen und Raucher angeboten werden. In den Selbstbeschreibungen der Programme werden

jedoch häufig speziell solche Personen angesprochen, die „bereits verschiedene Kurse besucht oder Produkte aus Apotheken und Supermärkten ausprobiert“ (Raucherentwöhnung mit Tiefenhypnose) haben und damit keinen Erfolg hatten.

Dauer und Zeitaufwand: Der Zeitrahmen, in dem die Seminare durchgeführt werden, liegt zwischen einer Stunde (Raucherentwöhnung mit Tiefenhypnose) und maximal sechs Stunden (Allen Carr's Easyway). Bei einem Angebot bleibt die konkrete Dauer unklar („in acht Einheiten gegliederte[s], mehrstündige[s] Nichtraucher-Seminar“, Rauchfrei-Spritze). Neben dem Besuch des Seminars ist kein zusätzlicher Zeitaufwand vorgesehen. Allerdings gibt es von einigen Anbietern Aufbau- oder Wiederholungsseminare für Raucherinnen und Raucher, die den Ausstieg nicht geschafft haben bzw. rückfällig geworden sind.

Kosten: Je nach konkretem Angebot liegen die Kosten für die Ein-Tages-Seminare zwischen 139 Euro (Raucherentwöhnung mit Tiefenhypnose) und 327 Euro (Premiumpaket von Allen Carr's Easyway). Die meisten Anbieter geben an, dass die Teilnahme an den Veranstaltungen gemäß §§ 20 und 20a SGB V („Prävention und Selbsthilfe“) prinzipiell zuschussfähig ist und die Gebühren anteilig von den Krankenkassen erstattet werden können. Allerdings wird jedes Angebot nur von vereinzelt und unterschiedlichen Krankenkassen anerkannt. Das Hypnoseseminar sowie für die teilweise zusätzlich angebotene Mesotherapie können generell nicht erstattet werden.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Die Mehrheit der eintägigen Seminare geht von der Grundannahme aus, dass das Rauchen auf ungünstigen Einstellungen, falschen Annahmen über das Aufhören und anderen kognitiven Aspekten beruht. Die postulierte Wirkung der Programme besteht darin, dass sie „das Denken des Rauchers über seine Nikotinsucht [verändern] und den Willen zum rauchfreien Leben“ (Rauchfrei-Spritze) stärken. Die Raucherinnen und Raucher „erkennen die Zusammenhänge, und am Ende haben Sie den klaren Weg für eine sehr einfache Weise gefunden, mit dem Rauchen aufzuhören“ (Nichtraucher in 5 Stunden).

Die bei einigen Angeboten zusätzlich durchgeführte Mesotherapie „nimmt die gefürchteten Entzugserscheinungen fast völlig und ermöglicht dem Raucher das Umdenken im Kopf zum rauchfreien Leben“ (Rauchfrei-Spritze). Im Falle des Hypnoseseminars wird davon ausgegangen, dass die Veranstaltung ermöglicht, „Informationen und Suggestionen direkt zum Unterbewusstsein zu

transportieren, abzulegen und zu verankern“ (Raucherentwöhnung mit Tiefenhypnose). Diese Umprogrammierung sorgt dafür, dass das Verlangen nach Zigaretten verschwindet.

Entsprechend dieser angenommenen Wirkweise setzen die Angebote in der Vorbereitungs- und konkreten Beendigungsphase an und konzentrieren sich hauptsächlich auf die kognitiv-emotional-motivationale Ebene. In einigen Fällen wird auch die physiologisch-biologische Ebene angesprochen (Mesotherapie). Konkrete inhaltliche Schwerpunkte sind das Erzeugen von kognitiver Dissonanz, kognitive Umstrukturierung rauchbezogener Einstellungen, Stärkung des Selbstbewusstseins sowie positive und negative Suggestionen.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Viele Selbstbeschreibungen der Ein-Tages-Seminare enthalten Aussagen und Versprechungen, die nicht belegt und somit wenig realistisch und glaubwürdig sind. So wird „Raucherentwöhnung ohne Entzugerscheinungen und ohne Gewichtszunahme“ (Glücklicher Nichtraucher) versprochen, oder es wird angegeben, dass sich alle Raucherinnen und Raucher „schnell und dauerhaft von der magischen Droge Nikotin, viel leichter als man glaubt, befreien können“ (12345rauch frei) bzw. das Seminar „bei fast allen Teilnehmern zu den abschließenden Worten: Endlich Nichtraucher!“ (Rauchfrei-Spritze) führt. Auch über das Rauchen hinausgehende Versprechungen werden gemacht, zum Beispiel „Durch die besondere Wirkungsweise des Seminars ist es möglich, dass Sie Ihr Leben in allen Bereichen positiver, angenehmer und glücklicher erleben als vorher“ (Glücklicher Nichtraucher).

Konzeptqualität – Transparenz: Im Allgemeinen erhalten die Raucherinnen und Raucher vor der Teilnahme an den Seminaren alle organisatorischen Informationen bezüglich Dauer, Kosten und Zielsetzung der Maßnahmen, die sie benötigen. Auch die Grundannahme, dass sich nur die Kognitionen und Einstellungen zum Rauchen ändern müssen, um erfolgreich Nichtraucher bzw. Nichtraucherin zu werden, wird in den Selbstbeschreibungen dargelegt. Wenig transparent ist dagegen das Angebot der Mesotherapie, da keine Informationen darüber vorliegen, welche Bestandteile in den Injektionen enthalten sind und wie diese einen Rauchstopp unterstützen sollen.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Die Verfügbarkeit singulärer Gruppenangebote kann nur eingeschränkt beurteilt werden, da keine verlässlichen Informationen über die Gesamtzahl und Häufigkeit der Angebote vorliegen. Laut Aussage der Anbieter sind die meisten Programme in ganz

Deutschland verfügbar, meist in größeren Städten. Über die Internetseiten können sich Interessierte jeweils über die aktuellen Seminartermine und -orte informieren. In Bezug auf Allen Carrs Easyway-Seminare sind in der Anbieterdatenbank des DKFZ und der BZgA insgesamt 54 Anbieter in ganz Deutschland aufgeführt.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Die Durchführung der Seminare ist hoch standardisiert und folgt einem streng festgelegten Konzept, sodass die Inhalte von unterschiedlichen Seminarleitern bzw. Seminarleiterinnen teilweise sogar wörtlich identisch vermittelt werden. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wird keine aktive Rolle erwartet, sie sollen lediglich den Ausführungen der Seminarleitung zuhören. Häufig darf während des Kurses weitergeraucht werden oder am Ende des Seminars wird gemeinsam die letzte Zigarette geraucht.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Einige Anbieter von eintägigen Seminaren bieten Aufbauveranstaltungen als Nachsorgemaßnahme an, wenn die Raucherinnen und Raucher nicht erfolgreich aufhören konnten. Andere geben in Form regelmäßiger E-Mails „dauerhaft Unterstützung und wertvolle Tipps für ein gesundes und fittes Leben“ (12345rauchfrei). Zusätzlich geben einige Veranstalter eine Geld-zurück-Garantie, die jedoch an bestimmte und nicht immer eindeutige Voraussetzungen gebunden ist (Allen Carrs Easyway bei Buchung des Premiumpakets, 12345rauchfrei). „Die bezahlte Kursgebühr wird Ihnen ohne weitere Fragen erstattet, wenn Sie nach dem Seminar weiter rauchen wollen und dies gegenüber dem Seminarleiter ausdrücklich erklären“ (12345rauchfrei).

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle: Die meisten Anbieter machen auf ihren Internetseiten Angaben zur Wirksamkeit des Seminars. Allerdings sind die angegebenen Zahlen in keinem einzigen Fall hinreichend belegt und die Datenerhebung und -analyse wird nicht dargestellt, sodass die Angaben entsprechend kritisch zu beurteilen sind. In wenigen Fällen wird von konkreten Evaluationsstudien gesprochen, ohne dass diese jedoch beschrieben sind. Für Allen Carrs Easyway liegen zwei nichtkontrollierte Studien vor, die über eine Abstinenzrate von 53 % nach einem Jahr berichten. Weitere Eigenauskünfte der Anbieter sprechen von „exzellenten Präventionsseminaren mit dokumentierter Erfolgswahrscheinlichkeit“ (Raucherentwöhnung mit Tiefenhypnose) oder „hohen Erfolgsquoten, die [das] Rauchfrei-Seminar erzielt hat“ (Rauchfrei-Spritze). Als konkrete Zahlen werden zum Beispiel Abstinenzquoten von 56 % „meist einige Monate nach dem Seminar“ (Nichtraucher in

5 Stunden) und „90 % Nichtraucher nach acht Tagen“ (Glücklicher Nichtraucher) genannt, oder es wird angegeben, dass „61,52 % bestätigen, dass sie erfolgreich zu den Nichtrauchern zählen“ (12345rauchfrei).

Wiederholter Kontakt

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: In Deutschland werden verschiedene, meist kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte multimodale Gruppenprogramme zur Tabakentwöhnung angeboten (siehe Tabelle 10). Diese sehen mehrere Kontakte zwischen dem Anbieter und einer Gruppe von meist bis zu zwölf Raucherinnen bzw. Rauchern vor. Bis auf ein älteres Programm, bei dem nicht mehr geschult wird, arbeiten alle Angebote mit der sogenannten Schlusspunktmethode, das heißt, es wird ein bestimmter Stopptag festgelegt, ab dem nicht mehr geraucht werden soll. Vor diesem Tag soll das Rauchverhalten nicht verändert werden. Die ersten Treffen dienen der Vorbereitung des Stopptags. In dieser Zeit soll die Motivation zum Aufhören gefestigt werden und die Raucherinnen und Raucher „sollen sich ein genaues Bild über ihre Rauchgewohnheiten verschaffen, indem sie sich und ihr Verhalten genau beobachten und dokumentieren“ (Nichtraucher in sechs Wochen). Häufig kommen Fragebogen zum Einsatz (zum Beispiel Fagerström-Test). Im Anschluss an die Vorbereitungsphase wird ein für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer verbindlicher Stopptag festgelegt. Dazu werden Strategien zur Reiz- und Verhaltenskontrolle vermittelt und alternative Verhaltensweisen aufgebaut.

| | |
|---|---|
| Das Rauchfrei Programm | IFT-Gesundheitsförderung München |
| Rauchfrei in 10 Schritten | IFT-Gesundheitsförderung München |
| <i>(das Programm wird nicht mehr geschult, aber noch angeboten)</i> | |
| Nichtraucher in 6 Wochen | Arbeitskreis Raucherentwöhnung, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen |
| Endlich frei! Das Frei-vom-Rauchen-Seminar | Deutscher Verein für Gesundheits- pflege e. V. |
| Kursprogramm für Tabakentwöhnung | Institut für Raucherberatung und Tabakentwöhnung Bayern |

Tab. 10: Angebote zu wiederholten Gruppenkontakten

Darüber hinaus erhalten die Raucherinnen und Raucher „Informationen zum Umgang mit kritischen Situationen, die nach dem Rauchstopp auftreten können“ (Das Rauchfrei Programm). Häufig kommen Rollenspiele zum Einsatz, in denen konkrete Situationen beispielhaft durchgespielt werden. Einige Programme arbeiten in dieser Phase mit der Unterstützung nikotinhaltiger Präparate. In der letzten Phase der Programme liegt der inhaltliche Schwerpunkt auf der Rückfallprophylaxe. Dazu werden Methoden zum Umgang mit Stress vermittelt, und es werden Themen wie Gewichtskontrolle, Ernährung und Sport besprochen. Wesentliches Kennzeichen von Gruppenprogrammen ist ein interaktiver Ansatz, dessen Struktur es ermöglicht, individuell und flexibel auf die Gruppe und einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer einzugehen.

Anbieter: Die Programme wurden von unterschiedlichen wissenschaftlichen oder gesundheitspolitischen Institutionen entwickelt und werden von diesen vermarktet. Die konkrete Durchführung kann von unterschiedlichen Berufsgruppen des Gesundheitswesens angeboten werden. Dies betrifft zum Beispiel Psychologen, Psychologinnen, Ärzte, Ärztinnen, Sozialpädagogen und -pädagoginnen oder Sozialarbeiter und -arbeiterinnen. Als Voraussetzung für die Durchführung der Maßnahmen müssen die Kursleiter und -leiterinnen an einer mehrtätigen Schulung zu den einzelnen Angeboten teilnehmen. Diese Schulungen werden regelmäßig durchgeführt und beispielsweise über den Newsletter des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle im DKFZ angekündigt.

Zielgruppe: In der Regel richten sich die Programme „an alle erwachsenen Raucher, die sich entschlossen haben, mit dem Rauchen aufzuhören“ (Das Rauchfrei Programm). Einschränkungen bezüglich Alter, Geschlecht, Risikofaktoren etc. werden nicht gemacht.

Dauer und Zeitaufwand: Für die Durchführung der Programme sind mehrere Treffen über einen Gesamtzeitraum von einigen Wochen vorgesehen. Die konkrete Anzahl der Termine variiert zwischen sechs (Nichtraucher in 6 Wochen) und zehn (Rauchfrei in 10 Schritten) und die Gesamtdauer liegt zwischen vier Wochen (Endlich frei!) und zehn Wochen (Rauchfrei in 10 Schritten). Für die einzelnen Treffen sind in der Regel zwischen 60 und 120 Minuten vorgesehen.

Kosten: Die Kosten für die teilnehmenden Raucherinnen und Raucher werden vor Ort von den einzelnen Kursleitern und -leiterinnen festgelegt. Meist fallen Kosten in Höhe von 150 bis 250 Euro an, die die Durchführung aller Kurseinheiten sowie die Teilnehmermaterialien beinhalten. Die Kursprogramme ent-

sprechen der „Prävention und Selbsthilfe“ der Spitzenverbände der Krankenkassen zu §§ 20 und 20 a SGB V, sodass eine anteilige Erstattung der Teilnahmegebühren durch die gesetzlichen Krankenkassen möglich ist (in der Regel ca. 80 % der Gesamtkosten bzw. maximal 80 bis 150 Euro).

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Die Angebote basieren im Wesentlichen auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie. Eine zentrale Grundannahme besagt, dass Rauchen ein gelerntes Verhalten ist, das wieder verlernt werden kann. Ziel ist es, „die Mechanismen unseres Verhaltens zu durchschauen“ und „das Rauchverhalten durch das Erlernen neuer Verhaltensweisen wieder auf[zugeben“ (Nichtraucher in 6 Wochen). Darüber hinaus kommen Konzepte der Motivierenden Gesprächsführung „zur Veränderung von Einstellungen und zur Förderung der Motivation“ (Das Rauchfrei Programm) zum Einsatz.

Die multimodal aufgebauten Gruppenprogramme umfassen alle drei Phasen der Tabakentwöhnung: die Vorbereitung, den konkreten Rauchstopp sowie die Stabilisierung des Nichtrauchens. Darüber hinaus werden sowohl die kognitiv-emotional-motivationale, die Verhaltens- als auch die physiologisch-biologische Ebene angesprochen. Konkrete inhaltliche Bausteine in der Vorbereitungsphase umfassen Wissensvermittlung, Erhöhung der Ambivalenz und Selbstbeobachtung. In der Beendigungsphase kommen Selbstmanagement, Kontingenzmanagement, Erlernen und Einüben von Problemlöse- und sozialen Fertigkeiten sowie soziale Unterstützung zum Einsatz. Bei einigen Programmen wird der Rauchstopp durch nikotinhaltige Präparate unterstützt. In der Phase der Stabilisierung werden Bausteine der Rückfallprävention, Umgang mit Entzugserscheinungen und Maßnahmen zur Stressreduktion und Entspannung eingesetzt.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Gruppenprogramme mit wiederholten Kontakten können als seriöse und glaubhafte Angebote beurteilt werden. In den Selbstbeschreibungen und während der Kurse werden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern keine unrealistischen Erfolge versprochen und es werden keine falschen Erwartungen geweckt. Dies wird über vollständige Informationen über Inhalte, Ziele und Durchführung der Maßnahmen von Beginn an gewährleistet.

Konzeptqualität – Transparenz: Die Angebote zeichnen sich durch eine hohe Transparenz aus, da sie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bereits vor dem

Beginn der Maßnahme alle notwendigen Informationen bezüglich Zielsetzung, Zeitaufwand und Inhalte zur Verfügung stellen. Auch die angenommene Wirkweise der Kurse wird mit den Raucherinnen und Rauchern besprochen.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Eine Gesamtbeurteilung der Verfügbarkeit wiederholter Gruppenprogramme ist nicht möglich, da die Gesamtzahl der Maßnahmen nicht bekannt ist und zu vielen bestehenden Angeboten keine Informationen zur Erreichbarkeit vorliegen. In der Anbieterdatenbank des DKFZ und der BZgA werden jedoch Anbieter von drei spezifischen Programmen gelistet. Für „Rauchfrei in 10 Schritten“ sind bundesweit 967 Anbieter aufgeführt, für „Das Rauchfrei Programm“ 635 und für „Nicht-raucher in 6 Wochen“ 305. Alle Gruppenangebote sind hochschwellige Maßnahmen, die weniger leicht zu erreichen sind als zum Beispiel Selbsthilfe-maßnahmen und die eine höhere Ausgangsmotivation voraussetzen.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Die Durchführung der Programme folgt einer festen Struktur, die in den jeweiligen Manualen festgelegt ist. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden zu Beginn der Maßnahme über diese Struktur informiert, sodass die einzelnen Programmschritte jederzeit gut nachvollziehbar sind. Darüber hinaus erhalten die Raucherinnen und Raucher ausgearbeitete Teilnehmermaterialien, die eine Orientierung erleichtern. Es werden meist ein oder zwei Gruppentreffen pro Woche realisiert, bei einigen Programmen ist eine individuelle Anpassung des Zeitplans durch den Kursleiter oder die Kursleiterin möglich. Bei einer Maßnahme (Das Rauchfrei Programm) werden zusätzlich zwei individuelle telefonische Beratungsgespräche angeboten. Auch Stabilisierungstreffen nach drei und sechs Wochen werden durchgeführt (Kursprogramm für Tabakentwöhnung).

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Sofern nicht schon in die eigentlichen Programme integriert (zum Beispiel Auffrischungssitzungen, telefonische Betreuung, pharmakologische Unterstützung), ist eine Zusatzbetreuung grundsätzlich möglich. So enthalten auch die Programme, die primär ohne pharmakologische Interventionen arbeiten, Informationen zu den entsprechenden Präparaten sowie die Option, diese einzusetzen. Darüber hinaus verweisen einige Programme auf Anbieter telefonischer Beratung oder auf Selbsthilfebroschüren, die die Raucherinnen und Raucher zusätzlich zum Kurs in Anspruch nehmen können.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle: Im Rahmen der internen Qualitätskontrolle führen die Anbieter einiger Gruppenprogramme laufende

Evaluationen durch. Allerdings liegen nur wenige veröffentlichte und methodisch gute Studien dazu vor. „Das Rauchfrei Programm“ wurde auf seine Wirksamkeit getestet und mit dem Vorläuferprogramm „Rauchfrei in 10 Schritten“ verglichen (Gradl et al. 2009). In einer Studie mit insgesamt 800 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wird eine kontinuierliche Abstinenzquote von 40% nach sechs Monaten angegeben. Dies entspricht einer Verdopplung des Effekts der Vergleichsgruppe (20%). Für das Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ wird eine kontinuierliche Abstinenzquote von 38% nach einem Jahr angegeben.

Ergebnisqualität – Verbreitung und Akzeptanz: Im Bericht über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention nach § 20 SGB V wird dargestellt, dass die Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern an Kursen zur Vermeidung von Suchtmittelkonsum zwischen den Jahren 2006 und 2008 von 11 799 auf 17 093 angestiegen ist (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2009). Da diese Kurse fast ausschließlich der Tabakentwöhnung zuzurechnen sind, ist von einer zunehmenden Verbreitung und Akzeptanz wiederholter Gruppenprogramme auszugehen.

Programmspezifische Zahlen zur Inanspruchnahme liegen nur für „Das Rauchfrei Programm“ vor. Den jährlichen Statistiken zufolge wurden im Jahr 2008 insgesamt 574 Kurse mit 3755 Raucherinnen und Rauchern realisiert. Im Jahr 2009 waren dies 666 Kurse mit 4018 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Für alle anderen Maßnahmen liegen keine Zahlen zur Verbreitung vor.

6.5 Pharmakologische Interventionen

Nikotinhaltige Präparate

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Zu den in Deutschland zugelassenen nikotinhaltigen Präparaten zählen Nikotinpflaster (16- oder 24-Applikation; 7 bis 52,5 mg), Nikotinkaugummis (2 bzw. 4 mg; in unterschiedlichen Geschmacksrichtungen), Nikotinlutschtabletten (1 bis 4 mg), Sublingualtabletten (2 mg) sowie Nikotinhahler (10 mg). Die Präparate gewährleisten eine zeitlich begrenzte, niedrig dosierte und nichtinhalative Nikotinzufuhr, ohne dass der Körper die im Ta-

bakrauch enthaltenen Schadstoffe aufnimmt. Dadurch sollen Entzugssymptome verhindert bzw. abgemildert und das Rauchverlangen verringert werden. Zusätzlich soll die Einnahme die Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp verzögern bzw. verringern und somit letztlich eine Verhaltensänderung begünstigen und die Erfolgsaussichten eines Rauchstopps erhöhen. In der Regel werden die Präparate mit dem Beenden des Rauchens eingenommen und nach der Phase des akuten Entzugs langsam ausgeschlichen. Die verschiedenen Präparate lassen sich in zwei größere Gruppen einteilen: Es gibt lang wirkende Präparate, die das Nikotin über den ganzen Tag verteilt abgeben (Pflaster) sowie kurzfristig wirksame Präparate, die bei akutem Verlangen eingesetzt werden können (Kaugummi, Lutsch- und Sublingualtabletten, Inhaler).

Anbieter: Die Präparate werden von unterschiedlichen Arzneimittelfirmen hergestellt und vertrieben, wobei die einzelnen Anbieter unterschiedliche Produktpaletten anbieten.

Zielgruppe: Generell gilt, dass die Präparate für erwachsene Raucherinnen und Raucher vorgesehen sind (für unter 18-Jährige liegen keine Erfahrungen vor, weshalb der Einsatz nicht empfohlen wird). Als Kontraindikationen werden hauptsächlich ein kürzlich erfolgter Herzinfarkt oder Schlaganfall, Angina pectoris sowie Herzrhythmusstörungen genannt. Einschränkungen ergeben sich darüber hinaus für Schwangere und stillende Mütter. So wird bei allen Präparaten darauf hingewiesen, dass jegliche Nikotinzufuhr schädlich für das ungeborene Leben bzw. den Säugling ist und die Einnahme der Mittel deshalb nicht empfohlen wird. In Ausnahmefällen (wenn ein Rauchstopp nicht gelungen ist) ist jedoch eine ärztlich kontrollierte Therapie möglich. Einzelne Präparate werden für bestimmte Rauchertypen empfohlen. So gibt die Gebrauchsanweisung an, dass Nikotinpflaster speziell für regelmäßige Raucherinnen und Raucher geeignet sind, die sofort aufhören wollen. Kaugummi, Lutschtabletten und Sublingualtabletten sind dagegen eher für unregelmäßige oder Gelegenheitsraucherinnen und -raucher geeignet und können auch zur Reduktion des Konsums eingesetzt werden. Raucherinnen und Raucher, für die die Handlung des Rauchens eine zentrale Bedeutung hat, sind eine spezielle Zielgruppe des Nikotininhalers. Während der Therapie sollte nicht weitergeraucht werden, um eine Überdosierung zu vermeiden.

Dauer und Zeitaufwand: Die Dauer der Anwendung richtet sich nach dem jeweiligen Präparat. Pflaster sollen in der Regel für einen Zeitraum von neun bis zwölf Wochen angewendet werden, für alle anderen Mittel gilt eine maximale Anwendungsdauer von sechs Monaten. Die Dosierung ist abhängig von

der Stärke der Tabakabhängigkeit. Wichtig ist, die Nikotinpräparate nicht unterzudosieren. Die Anwendung wird mit der höchsten nötigen Dosis begonnen, die für einige Wochen aufrechterhalten wird. Danach werden die Mittel über einen Zeitraum von mehreren Wochen langsam ausgeschlichen, das heißt, die Dosierung wird schrittweise reduziert.

Kosten: Die tatsächlichen Kosten, die für die Behandlung mit nikotinhaltigen Präparaten anfallen, variieren je nach spezifischem Produkt sowie der Stärke der Tabakabhängigkeit. Die durchschnittlichen Kosten pro Tag lassen sich anhand der Packungspreise und -größe sowie der durchschnittlichen Gebrauchsempfehlungen der Präparate schätzen.⁶ Demnach ergeben sich tägliche Kosten in Höhe von ca. 3 bis 5 Euro für Nikotinpflaster, ca. 2 bis 4 Euro für Kaugummis, ca. 3 bis 4 Euro für Lutschtabletten, ca. 6 Euro für Sublingualtabletten sowie ca. 2 Euro für Inhaler. Gemessen an der Tatsache, dass alle Präparate für mindestens drei Monate eingenommen werden sollen, ergeben sich Gesamtkosten von 120 bis 360 Euro.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Die Grundannahme, auf der Erklärungen zur Wirkung nikotinhaltiger Präparate basieren, besteht darin, dass Nikotin, das beim Rauchen eingeatmet wird, körperlich abhängig macht. Daraus folgend führt ein Rauchstopp aufgrund des induzierten Nikotinmangels zu Entzugserscheinungen (Verlangen, Reizbarkeit, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten etc.). Durch die Nikotinpräparate wird ein Teil des Nikotins, das zuvor durch das Rauchen aufgenommen wurde, ersetzt. Dies schwächt den körperlichen Entzug ab und verringert die Entzugssymptome und das Verlangen nach einer Zigarette. Die Präparate bekämpfen somit die körperliche Abhängigkeit vom Nikotin, nicht jedoch die psychosozialen Aspekte der Abhängigkeit. Allerdings geben die Hersteller an, dass die Vermeidung von Entzugserscheinungen die Bewältigung der psychischen Abhängigkeit ermöglicht und begünstigt (zum Beispiel den Abbau von Gewohnheiten, Erlernen von alternativen Verhaltensweisen). Nikotinhaltige Präparate werden in den Phasen der konkreten Beendigung und Stabilisierung angewendet und setzen an der biologisch-physiologischen Ebene an. Der aktive Wirkstoff Nikotin wird dem Körper weiterhin zugeführt, jedoch auf eine alternative

⁶ Berechnungsbeispiel Sublingualtabletten: Bei einer Packungsgröße von $N = 30$ fallen Kosten von 11,04 Euro an. Umgerechnet ergibt sich ein Preis von 0,37 Euro pro Stück. Die Gebrauchsempfehlung gibt den Konsum von 1 Tablette pro Stunde an. Ausgehend von 16 Stunden ergeben sich Tageskosten von $16 \times 0,37 = 5,92$ Euro.

Weise zum Rauchen, sodass die Aufnahme von im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffen vermieden wird. Durch die fortgeführte und mit der Zeit reduzierte Gabe von Nikotin wird der Körper schrittweise entwöhnt.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: In den Packungsbeilagen und auf den Internetseiten der Anbieter werden in der Regel keine unrealistischen Erfolge versprochen oder falsche Erwartungen geweckt. Die Präparate sind somit als seriös zu bezeichnen.

Konzeptqualität – Transparenz: Die Wirkmechanismen werden den Anwendern offen dargelegt, und alle notwendigen Informationen sind in den Packungsbeilagen enthalten.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Aussagen zur Strukturqualität sind nur eingeschränkt möglich, da die meisten spezifischen Bestimmungsstücke (etwa Qualifikation des Anbieters, didaktische Qualität) für pharmakologische Interventionen nicht relevant sind. Nur die Erreichbarkeit der Maßnahme kann diskutiert werden. Nikotinhaltige Präparate sind in Deutschland rezeptfrei in Apotheken (auch online) erhältlich. Die Produkte sind somit kurzfristig verfügbar und für alle Raucherinnen und Raucher zugänglich.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Detaillierte Angaben, wie und wie lange die Präparate anzuwenden sind sowie zu Kontraindikationen und Wechsel- bzw. Nebenwirkungen, enthalten die Packungsbeilagen der einzelnen Präparate. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die zuverlässige und regelmäßige Anwendung für den Erfolg der Maßnahme ausschlaggebend ist. Die Empfehlungen und Beschreibungen sind bei allen Produkten sehr ausführlich und detailliert und werden teilweise mit Abbildungen verdeutlicht. Allerdings sind die Texte sehr technisch und enthalten viele medizinische und andere Fachausdrücke, die für Laien nur schwer verständlich sind.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Einige Hersteller bieten zusätzliche Betreuungsangebote in Form von Service-Hotlines an, deren Telefonnummer auf der jeweiligen Packungsbeilage abgedruckt ist. Auch Broschüren oder Onlineprogramme werden vereinzelt angeboten. Einige Produkte enthalten zudem den allgemeinen Hinweis „Eine Beratung und unterstützende Maßnahmen erhöhen in der Regel die Erfolgsraten.“

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle: Die Wirksamkeit nikotinhaltiger Präparate zur Tabakentwöhnung ist international gut untersucht.

Die Ergebnisse (siehe Kapitel 4) sprechen dafür, dass es sich um sehr effektive Interventionen mit Abstinenzquoten von bis zu 25 % handelt. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass die Präparate in der Praxis häufig nicht richtig angewendet werden, das heißt, sie werden häufig unterdosiert und/oder nicht lange genug angewendet. Diese Nichteinhaltung der Gebrauchsempfehlungen dürfte die Wirksamkeit der Intervention beeinträchtigen.

Ergebnisqualität – Verbreitung und Akzeptanz: Zur Verbreitung nikotinhaltiger Präparate sind keine Aussagen möglich, da entsprechende Informationen (zum Beispiel Verkaufszahlen) von den Anbietern nicht verfügbar sind.

Ergebnisqualität – Nebenwirkungen: Allgemeine Nebenwirkungen, die häufig (bei mehr als 1 von 100 Behandelten) oder sehr häufig (bei mehr als 1 von 10 Behandelten) auftreten, sind Kopfschmerzen, Schwindel sowie Magen-Darm-Beschwerden. Zusätzlich kann es zu präparatespezifischen Nebenwirkungen wie Hautirritationen (Pflaster), Schmerzen der Kiefermuskulatur (Kaugummi) oder Reizungen von Mund und Rachen (Lutschtabletten, Sublingualtabletten, Inhaler) kommen.

Sonstige pharmakologische Interventionen

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Zu den sonstigen pharmakologischen Interventionen zur Tabakentwöhnung zählen in Deutschland derzeit die zwei verschreibungspflichtigen Medikamente Bupropion (Zyban®) und Vareniclin (Champix®). Das ursprünglich als Antidepressivum entwickelte Zyban® ist in Deutschland seit 2000 zur pharmakologisch unterstützten Tabakentwöhnung zugelassen und wird beschrieben als „Hilfe bei der Raucherentwöhnung nikotinabhängiger Patienten in Verbindung mit unterstützenden motivierenden Maßnahmen“. Es wird eingesetzt, um Entzugssymptome zu reduzieren und das Rauchverlangen zu verringern. Champix® wurde speziell für die Tabakentwöhnung entwickelt und ist seit 2007 zugelassen. Laut Beschreibung kann es „das Verlangen zu rauchen und die Entzugserscheinungen, die bei der Raucherentwöhnung auftreten, vermindern.“ Darüber hinaus kann es den Genuss beim Rauchen von Zigaretten verringern. Beide Medikamente sollen bereits etwa eine Woche vor dem tatsächlichen Rauchstopp eingenommen und über mehrere Wochen nach der Beendigung des Rauchens weitergenommen werden.

Anbieter: Die Herstellung und der Vertrieb der Medikamente erfolgt über zwei Arzneimittelfirmen.

Zielgruppe: Zielgruppe für die sonstigen pharmakologischen Interventionen sind erwachsene Raucherinnen und Raucher über 18 Jahren. Die Präparate sind vorrangig bei solchen Personen indiziert, die sehr stark tabakabhängig sind und mit anderen Methoden nicht in der Lage waren aufzuhören. In der Packungsbeilage von Zyban® werden eine Reihe von Kontraindikationen aufgezählt: Krampfanfälle, Erkrankungen des zentralen Nervensystems, bipolare Erkrankungen oder Leberzirrhose. Auch zahlreiche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten werden genannt. Für Champix® werden keine Kontraindikationen und Wechselwirkungen angegeben. Beide Präparate dürfen nicht in der Schwangerschaft und Stillzeit eingenommen werden.

Dauer und Zeitaufwand: Die empfohlene Anwendungsdauer liegt für Zyban® bei insgesamt sieben bis neun Wochen. Für Champix® ist zunächst eine Behandlung von zwölf Wochen vorgesehen, die bei Bedarf um weitere zwölf Wochen verlängert werden kann.

Kosten: Auch bei den sonstigen pharmakologischen Interventionen lassen sich die Kosten aus den Packungsgrößen und -preisen sowie der Dosierungsanleitung berechnen. Für Zyban® ergeben sich in den ersten sechs Tagen der Behandlung tägliche Kosten von 1,49 Euro und an allen folgenden Tagen Kosten von 2,98 Euro. Auf die Gesamtdauer der Behandlung von neun Wochen hochgerechnet ergeben sich Gesamtkosten in Höhe von ca. 179 Euro.⁷ In Bezug auf Champix® liegen die täglichen Kosten in den ersten drei Tagen bei 1,96 Euro und an allen Folgetagen bei 3,98 Euro. Bezogen auf die Behandlungsdauer von zwölf Wochen ergeben sich Gesamtkosten in Höhe von etwa 322 Euro.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Die Wirkweise der Medikamente erklärt sich durch die pharmakologischen Aspekte des Rauchens (siehe Kapitel 1) und die damit verbundenen biochemischen Veränderungen im Gehirn. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass Nikotin sich an die Rezeptoren von Nervenzellen bindet und dadurch die Ausschüttung bestimmter Botenstoffe und Hormone aktiviert. Auch die pharmakologischen Präparate nehmen

⁷ Berechnungsbeispiel Zyban®: Eine Packung mit N = 100 Tabletten kostet 148,51 Euro. Dies ergibt einen Stückpreis von 1,49 Euro. In den ersten sechs Tagen der Behandlung soll jeweils eine Tablette eingenommen werden (Tageskosten: 1,49 Euro), an allen Folgetagen sollen zwei Tabletten genommen werden (Tageskosten: 2,98 Euro). Bei einer Gesamtdauer von neun Wochen ergibt sich (6 Tage × 1,49) + (57 Tage × 2,98) = 178,80 Euro.

Einfluss auf den Neurotransmitterhaushalt und helfen so bei der Tabakentwöhnung. Konkret verhindert Zyban® die Wiederaufnahme und den Abbau von Botenstoffen im Gehirn, sodass es ähnlich wie das Rauchen (jedoch in abgeschwächter Form) zu einer erhöhten Konzentration von Dopamin und Noradrenalin führt. Dadurch werden Entzugssymptome gemildert und das Craving verringert. Champix® verdrängt das Nikotin von seinen Bindungsstellen und sorgt zugleich ähnlich wie Nikotin für eine Freisetzung von Dopamin. Durch die Blockierung der Bindungsstellen schwächt das Präparat darüber hinaus die als angenehm empfundene Wirkung des Rauchens ab.

Ähnlich wie nikotinhaltige Präparate werden auch die sonstigen pharmakologischen Interventionen in der konkreten Beendigungsphase eingesetzt und wirken durch die Beeinflussung der Neurotransmitter ausschließlich auf der biologisch-physiologischen Ebene.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Für beide Medikamente werden keine unseriösen Versprechungen gemacht oder falschen Erwartungen geweckt. Alle Angaben sind als glaubwürdig zu beurteilen.

Konzeptqualität – Transparenz: Die Wirkmechanismen werden den Anwendern und Anwenderinnen offen dargelegt, und alle notwendigen Informationen sind in den Packungsbeilagen enthalten.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Bei den sonstigen pharmakologischen Interventionen handelt es sich um hochschwellige Angebote. Sie sind nur auf ärztliches Rezept erhältlich und werden in Apotheken (auch online) vertrieben.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Eine ausführliche Beschreibung der Art, Häufigkeit und Dauer der Anwendung enthält die Packungsbeilage der Medikamente. Zyban® und Champix® sollten bereits vor dem tatsächlichen Rauchstopp eingenommen werden. Es wird empfohlen, zu Beginn der Behandlung einen Tag für den Rauchstopp festzulegen, der idealerweise in der zweiten Behandlungswoche liegen sollte. Die Angaben zur Einnahme der Präparate sind klar und ausführlich und für die Zielgruppe gut verständlich. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass man sich an die gegebenen Empfehlungen halten sollte, um den gewünschten Erfolg zu erzielen. Viele weitere Angaben in den Packungsbeilagen sind jedoch für Laien schwierig zu verstehen, da sie viele technische und medizinische Fachausdrücke enthalten.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Konkrete Zusatzbetreuung wird von den Herstellern nicht angeboten. Jedoch enthält die Packungsbeilage von Zyban® den Hinweis, dass es für den Erfolg der Therapie wichtig ist, „dass Sie begleitend zur Einnahme von Zyban® eine entsprechende Unterstützung zum Beispiel durch Ihren Arzt oder ein Raucherentwöhnungsprogramm erhalten“. Für konkrete Informationen wird auf den Arzt und die Ärztin oder den Apotheker bzw. die Apothekerin verwiesen.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle: Die Wirksamkeit der sonstigen pharmakologischen Interventionen ist international gut untersucht, und es werden Abstinenzraten von etwa 25 bis 30 % genannt (siehe Kapitel 4). Aufgrund der häufigeren Nebenwirkungen wird Zyban® in Deutschland jedoch als Mittel zweiter Wahl empfohlen (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2004).

Ergebnisqualität – Verbreitung und Akzeptanz: Konkrete Daten zur Verbreitung der Medikamente stehen nicht zur Verfügung. Für Champix® wird angegeben, dass es weltweit 11,5 Millionen Anwender und Anwenderinnen gibt, nähere Zahlen sind aber nicht verfügbar.

Ergebnisqualität – Nebenwirkungen: Ein breites Spektrum möglicher Nebenwirkungen ist der Grund dafür, dass Zyban® in nationalen und internationalen Leitlinien als Mittel zweiter Wahl empfohlen wird. Sehr häufig oder häufig auftretende Nebenwirkungen sind Schlaflosigkeit, Depressionen, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen oder Magen-Darm-Störungen. Bei Champix® treten Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Übelkeit insgesamt seltener auf.

6.6 Alternative Verfahren

Hypnose

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Hypnose ist eine suggestive Therapietechnik, bei der das Unterbewusstsein der Raucherinnen und Raucher angesprochen wird. Dazu wird mithilfe einer tiefen Entspannung zunächst eine Trance induziert. In diesem Zustand werden dem Unterbewusstsein dann die Motivation zum Aufhören,

die Vorteile des Nichtrauchens, Abscheu gegen das Rauchen oder das Widerstehen in Versuchungssituationen über Anweisungen suggeriert. Dadurch, dass das Unterbewusstsein direkt angesprochen wird, ist laut Aussage der Anbieter keine bewusste Willensentscheidung für das Nichtrauchen nötig.

Die Mehrzahl der hypnotherapeutischen Tabakentwöhnungsprogramme wird in Form von Einzelsitzungen durchgeführt. Es ist jedoch auch möglich, diese Maßnahmen zusammen mit einer Gruppe zu realisieren. Diverse Anbieter führen sowohl Einzel- als auch Gruppensitzungen durch.

Hypnose wird im Bereich der Tabakentwöhnung nur selten als alleinige Methode durchgeführt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird sie mit anderen Ansätzen kombiniert. Die häufigsten Methoden, die zusammen mit Hypnose angeboten werden, sind verhaltenstherapeutische Maßnahmen, Akupunktur sowie andere alternative Verfahren wie Homöopathie oder NLP.

Anbieter: Hypnotherapeutische Maßnahmen zur Tabakentwöhnung werden von unterschiedlichen Berufsgruppen angeboten. Die Stichprobenanalyse der Datenbank des DKFZ und der BZgA ergab einen etwa gleich hohen Anteil an Psychologinnen bzw. Psychologen und Ärztinnen bzw. Ärzten sowie einen geringeren Anteil an Pädagogen und Pädagoginnen, freien Berufen im Gesundheitswesen (zum Beispiel Heilpraktiker und -praktikerinnen) und sonstigen (zum Beispiel Kunsttherapeuten und -therapeutinnen, Mediatoren und Mediatorinnen). Oft werden die Maßnahmen in der eigenen Praxis oder Beratungsstelle des Anbieters durchgeführt. Einige Angebote werden auch in Volkshochschulen realisiert.

Zielgruppe: Häufig wird die Zielgruppe von Hypnoseangeboten nicht näher spezifiziert, sodass man davon ausgehen kann, dass generell alle Raucherinnen und Raucher mit einem Aufhörwunsch angesprochen werden sollen. Einige konkrete Anbieter geben jedoch an, dass sich diese Maßnahmen auch und besonders für solche Personen eignen, die bereits mehrere erfolglose Aufhörversuche hinter sich haben und bei denen andere Maßnahmen keine Wirkung gezeigt haben.

Dauer und Zeitaufwand: Je nach spezifischem Anbieter muss der Raucher und die Raucherin unterschiedlich viel Zeit in die Maßnahmen investieren. Es finden sich sowohl Angebote, die bereits nach einem einmaligen Termin von 60 Minuten abgeschlossen sind, als auch Maßnahmen, die bis zu zehn Termine à 90 Minuten über einen Zeitraum von 15 Wochen vorsehen.

Kosten: Auch die Kosten für die einzelnen Maßnahmen variieren erheblich zwischen den einzelnen Anbietern und sind auch von Dauer und Zeitaufwand des jeweiligen Angebots abhängig. In der gesichteten Stichprobe schwankten die Kosten zwischen 35 Euro für einen zweitägigen Kurs an einer Volkshochschule und 490 Euro für ein Programm, das über insgesamt 15 Wochen Hypnose mit NLP-Elementen kombiniert. Die Kosten für Hypnose zur Tabakentwöhnung werden von den Krankenkassen nicht erstattet.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Hypnoseinterventionen gehen von der zentralen Annahme aus, dass das Unterbewusstsein einen entscheidenden Einfluss auf unser Verhalten hat. Ziel der Intervention ist es daher, eine unbewusste Einstellungsänderung herbeizuführen, die dafür sorgt, dass das Rauchen seine positiven Attribute verliert und der Raucherin bzw. dem Raucher nicht mehr sinnvoll erscheint. Um einen Zugang zum Unterbewusstsein herzustellen, wird bei hypnotisch-suggestiven Angeboten eine tiefe Entspannung und ein Zustand der Trance induziert. In diesem Zustand ist der Raucher und die Raucherin empfänglich für die rauchbezogenen Instruktionen und Suggestionen.

Hypnoseverfahren zur Tabakentwöhnung setzen in der konkreten Beendigungsphase an und arbeiten auf der kognitiv-emotional-motivationalen Ebene. Zentrale inhaltliche Bausteine sind positive („Als Nichtraucher spare ich viel Geld“) und negative („Rauchen ist ekelhaft und gefährdet die Gesundheit“) Suggestionen. Auch die physiologisch-biologische Ebene wird über die Hypnose angesprochen, indem eine tiefe Entspannung induziert wird.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Hypnoseangebote zur Tabakentwöhnung bewegen sich häufig am Rande von Seriosität und Glaubwürdigkeit, da sie sehr hohe Erfolgchancen versprechen und die Erwartung wecken, dass das Aufhören mit keinerlei Entzugserscheinungen und mit keiner Gewichtszunahme verbunden ist. Die Therapieform wird als wissenschaftlich anerkanntes Konzept dargestellt, was in dieser allgemeinen Formulierung nicht haltbar ist, da wissenschaftliche Studien zur Tabakentwöhnung keine Effekte für Hypnose finden konnten.

Konzeptqualität – Transparenz: Die zentrale Annahme, dass über das Unterbewusstsein eine Einstellungsänderung herbeigeführt werden kann, wird den Raucherinnen und Rauchern transparent gemacht. Auch Informationen zu Dauer und Rahmenbedingungen der Behandlung werden zur Verfügung gestellt.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: In der Anbieterdatenbank des DKFZ und der BZgA sind derzeit unter dem Stichwort „Hypnose“ 157 und unter dem Stichwort „Hypnotherapie“ 155 bundesweite Angebote für Erwachsene gelistet. Die Datenbank des Nichtraucherportals rauchfrei.de enthält 237 entsprechende Angebote.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Das Konzept der Hypnose ist in der Allgemeinbevölkerung generell (auch unabhängig von der Tabakentwöhnung) populär und bekannt. Da auch die Beschreibung der Angebote den allgemeinen Ablauf der Behandlung enthält, ist den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Durchführung hinreichend klar und verständlich. Zentraler Bestandteil der Hypnose ist die Induktion einer tiefen Entspannung oder Trance, über die der Kontakt zum Unterbewusstsein hergestellt werden soll. In diesem Zustand werden dann spezifische Suggestionen vermittelt. Die Sprache, die im Rahmen der Intervention genutzt wird, ist sehr einfach gehalten und daher für alle Raucherinnen und Raucher gut verständlich.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Eine generelle Aussage zu Zusatzbetreuungen ist kaum möglich, da dies sehr stark von den einzelnen Anbietern abhängt. Ganz allgemein wird jedoch davon ausgegangen, dass keine weiteren Maßnahmen nötig sind, da sich durch die Behandlung das Verlangen nach Zigaretten auflöst. In einigen Fällen werden jedoch Auffrischungssitzungen angeboten, oder es werden Selbsthilfemaßnahmen mit hypnotischen/suggestiven Inhalten empfohlen.

Ergebnisqualität: Insgesamt ist die Datenlage zur Wirksamkeit von hypnotischen/suggestiven Maßnahmen zur Tabakentwöhnung unzureichend (siehe Kapitel 4). Die existierenden methodisch guten Studien finden keine Hinweise auf eine Wirksamkeit dieser Angebote. Trotz dieser negativen Befunde ist Hypnose in der Allgemeinbevölkerung vergleichsweise weitverbreitet und akzeptiert. Als Gründe dafür können die hohen Erfolgsversprechungen und der geringe persönliche Aufwand angenommen werden.

Akupunktur

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Akupunktur beschreibt ein Verfahren der traditionellen chinesischen Medizin, bei dem in verschiedene Reizpunkte im Körper feine Nadeln eingestochen werden. Die Nadeln verbleiben in der Regel etwa 20 bis 30 Minuten, während der Raucher bzw. die Raucherin entspannt. Bei unterschied-

lichen verwandten Methoden werden anstelle von Nadeln Druckmassagen (Akupressur), Lichtreize (Luxoakupunktur) oder gezielte schwache Stromreize (Elektroakupunktur) eingesetzt.

Akupunktur wird im Einzelkontakt zwischen Anbieter und Raucher bzw. Raucherin realisiert. Die Stichprobenanalyse ergab, dass die Methode mehrheitlich als alleinige Maßnahme zur Tabakentwöhnung durchgeführt wird. Allerdings wird Akupunktur auch mit anderen Methoden wie Verhaltenstherapie, Hypnose oder anderen alternativen Verfahren (zum Beispiel NLP) kombiniert.

Anbieter: Akupunktur zur Tabakentwöhnung wird fast ausschließlich von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen (zum Beispiel Allgemeinmedizin, Zahnheilkunde, Anästhesie) in deren eigener Praxis angeboten.

Zielgruppe: Für die Durchführung von Akupunktur werden keine Einschränkungen bezüglich der Zielgruppe gemacht. Sie wird also für alle Raucherinnen und Raucher mit einem Aufhörwunsch angeboten.

Dauer und Zeitaufwand: Der Zeitaufwand für eine einzelne Sitzung sowie die Gesamtdauer der Maßnahme unterliegen großen Schwankungen. Einzeltermine dauern in der Regel zwischen 30 und 90 Minuten. Bei einigen Anbietern ist die Behandlung nach einem Termin abgeschlossen, andere bieten bis zu zehn Termine über zehn Wochen an.

Kosten: Die Kosten variieren zwischen den einzelnen Anbietern und sind maßgeblich von der Anzahl der einzelnen Sitzungen abhängig. In der analysierten Stichprobe lag der niedrigste Preis bei 15 Euro für eine einmalige Behandlung und der höchste Preis bei 350 Euro für insgesamt zehn Sitzungen à 30 Minuten über einen Gesamtzeitraum von zehn Wochen. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt in der Regel nicht.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Die angenommene Wirkung von Akupunktur basiert auf den Grundideen und Erkenntnissen der traditionellen chinesischen Medizin.

Die zentrale Annahme besagt, dass jeder Mensch über Lebensenergie („Qi“) verfügt, die über feste Bahnen durch den Körper fließt. Störungen oder Blockaden dieser Bahnen führen zu Krankheiten. Weiterhin wird angenommen, dass es bestimmte Punkte entlang dieser Bahnen gibt, deren Stimulation den

Fluss der Lebensenergie verbessert und Blockaden auflöst. Es ist eine große Anzahl verschiedener Akupunkturpunkte bekannt, die jeweils spezifische Wirkungen auf Organe und Körperfunktionen haben sollen.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Auch die Anbieter von Akupunktur zur Tabakentwöhnung versprechen häufig Erfolge, die als unrealistisch zu bewerten sind, da sie wissenschaftlich nicht bestätigt sind. Akupunktur wird oft als (auch in der Schulmedizin) anerkannte Methode beschrieben. Zwar wurde die Wirksamkeit von Akupunktur in einigen Bereichen der Medizin (zum Beispiel der Schmerzbehandlung) bestätigt, dies trifft auf die Tabakentwöhnung jedoch nicht zu.

Konzeptqualität – Transparenz: Die Raucherinnen und Raucher enthalten in der Regel alle Informationen, die sie benötigen. Die Durchführung und die angenommenen Wirkungen werden hinreichend beschrieben.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Die Anbieterdatenbank des DKFZ und der BZgA verzeichnet aktuell 607 Einzelangebote unter dem Stichwort „Akupunktur“. In der Datenbank des Nichtraucherportals rauchfrei.de sind 115 Angebote aufgelistet.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: Die Durchführung der Akupunktur ist den Raucherinnen und Rauchern in den meisten Fällen klar und verständlich. Es handelt sich um ein allgemein bekanntes Konzept, das in den Selbstbeschreibungen der Anbieter und im persönlichen Gespräch weiter erläutert wird. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden nicht überfordert.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: Form und Ausmaß der Zusatzbetreuung hängt sehr stark von einzelnen Anbietern ab. Es sind unter anderem Auffrischungssitzungen oder weitere Maßnahmen wie zum Beispiel Selbsthilfeeinrichtungen möglich.

Ergebnisqualität: Die Wirksamkeit von Akupunktur im Bereich der Tabakentwöhnung kann nur durch Ergebnisse internationaler Studien beurteilt werden, da es keine nationalen Evaluationen gibt (siehe Kapitel 4). Auch wenn es insgesamt nur wenige methodisch gute Studien gibt, sprechen diese Ergebnisse dafür, dass Akupunktur keine positiven Effekte auf den Rauchstopp hat. Auch zur Verbreitung und Akzeptanz sind kaum Aussagen möglich, da entsprechende Daten fehlen.

Anderes

Deskriptive Merkmale

Beschreibung: Es gibt eine große Vielzahl weiterer Angebote zur Unterstützung des Rauchstopps, die sich keiner der zuvor diskutierten Kategorien zuordnen lassen (zum Beispiel Tees, Softlaser, D-Tox-Biophotonentherapie etc.). Häufig sind dies Maßnahmen, die nur von einzelnen Personen oder Firmen angeboten werden. Da eine zusammenfassende Beschreibung dieser alternativen und eher unkonventionellen Methoden nicht möglich ist, werden an dieser Stelle drei vergleichsweise populäre Angebote zusammenfassend dargestellt: Kräuterzigaretten, elektrische Zigaretten und Venturi-Filterspitzen.

Kräuterzigaretten sind tabak- und nikotinfreie Produkte, die aus unterschiedlichen Kräutermischungen (zum Beispiel getrocknete Rosenblätter, Menthol u. a.) bestehen. Sie enthalten keine psychoaktiv wirksamen Substanzen und sollen die Raucherinnen und Raucher bei der Entwöhnung unterstützen, ohne dass auf die Tätigkeit des Rauchens und die Zigarette verzichtet werden muss.

Die elektrische Zigarette ist ein Inhalator, der optisch einer echten Zigarette ähnelt. Im Mundstück befindet sich ein Depot, das Nikotin sowie weitere Zusatzstoffe in einer Lösung enthält. Beim Ziehen an der Zigarette wird diese Lösung über ein Heizelement erwärmt, sodass ein Aerosol entsteht, das vom Raucher bzw. der Raucherin eingeatmet wird. Laut Hersteller wird dem Körper somit Nikotin zugeführt, ohne dass man die beim Verbrennen einer Zigarette entstehenden Schadstoffe einatmet.

Venturi beschreibt ein System von vier Filtern in verschiedenen Stärken, die den gewohnten Zigaretten aufgesetzt werden und eine schrittweise Entwöhnung ermöglichen sollen. Die Filter sind so aufgebaut, dass der Zigarettenrauch beschleunigt, abgekühlt und verdichtet wird. Durch diesen Prozess setzen sich Teer- und Nikotinpartikel im Filter ab, sodass der eingeatmete Rauch nur noch wenige schädliche Substanzen enthält. Über einen Zeitraum von vier Wochen kommen vier unterschiedlich starke Filter zum Einsatz, die zunehmend mehr Partikel zurückhalten.

Anbieter: Diese drei anderen Maßnahmen zur Tabakentwöhnung werden von unterschiedlichen Firmen angeboten und vertrieben. Häufig sind dies deutsche Niederlassungen internationaler Firmen, da die Methoden nicht ursprünglich in Deutschland entwickelt wurden.

Zielgruppe: Die Zielgruppe für diese anderen Maßnahmen wird nicht näher spezifiziert. Generell scheinen sie also für alle Raucherinnen und Raucher geeignet zu sein, die sich das Rauchen schrittweise abgewöhnen wollen. Besonders angesprochen sind jedoch Personen, für die die Tätigkeit des Rauchens eine große Bedeutung hat. Für die elektrische Zigarette wird angegeben, dass diese nicht für Kinder und Jugendliche, Nichtraucher, Personen, die empfindlich oder allergisch auf Nikotin reagieren, Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für schwangere bzw. stillende Frauen geeignet ist.

Dauer und Zeitaufwand: Für die schrittweise Entwöhnung des Körpers mithilfe der Venturi-Filter ist ein Zeitraum von 28 Tagen vorgesehen, in dessen Verlauf die vier unterschiedlich starken Filter eingesetzt werden sollen. Die Anbieter der elektrischen Zigarette geben keine Begrenzung der Anwendungsdauer vor. Neben dem Ziel, sich das Rauchen nach und nach abzugewöhnen, kann diese Methode auch dauerhaft weitergeführt werden. Bei Kräutertzigaretten wird eine individuelle Festlegung der Anwendungsdauer vorgeschlagen. Allgemein wird jedoch eine 4- bis 6-Wochen-Kur empfohlen.

Kosten: Die Kosten dieser anderen Maßnahmen variieren je nach spezifischem Angebot. Kräutertzigaretten werden in einer Packung mit 20 Stück für ca. 7 Euro verkauft. Das Venturi-Filtersystem kostet zwischen 20 und 25 Euro. Für die elektrischen Zigaretten liegt der Preis für das Startpaket bei 59,95 Euro. 20 Depots zum Nachfüllen kosten jeweils 25 Euro.

Qualitätsmerkmale

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen: Das zentrale Konzept der drei Angebote besteht darin, dass die Raucherinnen und Raucher die Tätigkeit des Rauchens über einen gewissen Zeitraum der Entwöhnung weiterführen können. Elektrische Zigaretten und Venturi-Filter sollen laut Angabe der Anbieter eine schrittweise Entwöhnung von Nikotin ermöglichen.

Die Maßnahmen setzen in der Phase der konkreten Beendigung des Rauchens an und beziehen die physiologisch-biologische Ebene ein. Ähnlich wie bei nikotinhaltenen Präparaten (insbesondere Inhaler) wird dem Körper mit elektrischen Zigaretten und Venturi-Filtern weiterhin Nikotin zugeführt. Die geringere Dosierung bzw. allmähliche Reduktion ermöglicht ein schrittweises Ausschleichen des Nikotins.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit: Die Seriosität und Glaubwürdigkeit der Aussagen zu diesen anderen Maßnahmen zur Tabakentwöh-

nung sind kritisch zu beurteilen. So liegen keine unabhängigen wissenschaftlichen Studien vor, die die Wirkung der Angebote bestätigen. Auch die angenommenen Wirkmechanismen sind nicht hinreichend untersucht. Darüber hinaus werden sowohl elektrische als auch Kräuterzigaretten nicht nur als eine Methode zur Tabakentwöhnung, sondern auch als langfristiger Ersatz für echte Zigaretten angeboten. Dies stellt die angenommene Unterstützung beim Rauchstopp zusätzlich infrage.

Konzeptqualität – Transparenz: In den Selbstbeschreibungen der Maßnahmen zum Beispiel im Internet sind die Angebote gut beschrieben und auch die angenommenen Wirkmechanismen werden erläutert. Die Raucherinnen und Raucher erhalten also alle Informationen, die sie zur Anwendung der Präparate benötigen.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit/Zugang: Diese anderen Maßnahmen können über unterschiedliche Quellen, vor allem direkt über das Internet oder in Apotheken, bezogen werden. Sie sind in der Regel innerhalb relativ kurzer Zeit verfügbar und können von allen Raucherinnen und Rauchern erreicht werden.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme: In der Regel ist die Anwendung der Methoden gut beschrieben und für die Raucherinnen und Raucher nachvollziehbar. Bei der elektrischen Zigarette und den Venturi-Filtern ist darauf zu achten, dass das Nikotindepot nach bestimmter Zeit gewechselt werden bzw. der Filter regelmäßig gereinigt und ausgetauscht werden muss.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung: In den Beschreibungen der Angebote ist keine Zusatzbetreuung vorgesehen. Eine Kombination mit anderen Maßnahmen ist jedoch prinzipiell denkbar.

Ergebnisqualität: Zu keiner Maßnahme dieser Kategorie liegen Wirksamkeitsstudien vor, sodass keine Aussagen zu Erfolgsquoten möglich sind. Auch die Verbreitung und Akzeptanz kann nicht abgeschätzt werden, da auch zu diesen Punkten keine Daten vorliegen. Kritisch zu betrachten sind darüber hinaus mögliche Nebenwirkungen. So entstehen beispielsweise bei der Verbrennung von Kräuterzigaretten ebenso schädliche Substanzen wie beim Verbrennen von normalen Zigaretten, sodass der Körper zwar kein Nikotin mehr aufnimmt, aber trotzdem durch Schadstoffe belastet wird.

7.

Beschreibung und Beurteilung einzelner Hilfsmaßnahmen

Wie aus dem Überblick in Kapitel 6 ersichtlich wird, stellen Selbsthilfemaßnahmen die mit Abstand umfangreichste und heterogenste Gruppe von Hilfsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung dar. Der Markt ist sehr unübersichtlich und eine allgemeine Diskussion wird vielen Einzelmaßnahmen nicht gerecht. Aus diesem Grund sollen zusätzlich zur zusammenfassenden Darstellung der Kategorien im letzten Kapitel auch einzelne Angebote beschrieben und beurteilt werden. Dafür wurden jeweils drei Einzelmaßnahmen aus den Unterkategorien Bücher, DVDs, CDs und computerbasierte Interventionen ausgewählt, die anhand des Qualitätsrasters kommentiert werden.

7.1 Auswahl der Einzelmaßnahmen

Die Auswahl der drei Angebote zur Darstellung in diesem Kapitel aus der Gesamtheit aller 155 identifizierten Maßnahmen erfolgte anhand fester Kriterien. Für Bücher, CDs sowie DVDs wurden die Kriterien Aktualität und Popularität herangezogen. Aktualität besagt, dass nur solche Angebote berücksichtigt wurden, die in den letzten fünf Jahren (seit 2005) erschienen sind oder neu aufgelegt wurden. Popularität wurde über die Bestsellerliste des Onlinebuchhandels amazon.de bestimmt. Amazon ist die einzige Quelle, über die themenspezifische Bestsellerlisten verfügbar sind. Auch über den Deutschen Buchhandel sind entsprechende Daten nicht verfügbar. Vor diesem Hintergrund wurde die Bestsellerliste zum Thema „Tabakentwöhnung“ zu einem festen Zeitpunkt (01.02.2010) abgerufen und als Grundlage für die Auswahl von Hilfsmaßnahmen genutzt. Unter Berücksichtigung des Aktualitätskriteriums wurden jeweils die ersten drei Listenplätze für Bücher, CDs sowie DVDs für die ausführliche Beschreibung und Bewertung ausgewählt.

Im Hinblick auf die vierte Unterkategorie von Selbsthilfemaßnahmen – computerbasierte Interventionen – wurde eine Zufallsauswahl getroffen. Beschrieben und beurteilt werden demnach das Onlineprogramm der BZgA (rauchfrei.info.de), das Angebot einer Krankenkasse (AOK: ich-werde-nichtraucher.de) sowie die Computersoftware „Ab morgen: Nichtraucher!“.

7.2 Darstellung von Einzelmaßnahmen

Allen Carr: Endlich Nichtraucher (1992)⁸

| | |
|---------------------------------|--|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – Bücher |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Goldmann Verlag |
| Zielgruppe: | In der ursprünglicher Version war das Buch für alle Raucherinnen und Raucher gedacht. Im weiteren Verlauf wurden auch zielgruppenspezifische Versionen veröffentlicht (Frauen, Ratgeber für Eltern, Kinder und Jugendliche, Lesemuffel). |
| Kosten: | Je nach Auflage und spezifischem Titel liegt der Preis zwischen ca. 5 und 15 Euro. |
| Dauer, Zeitaufwand: | Man braucht Zeit für das Lesen des Buches. Für die Dauer des Lesens soll das Rauchen noch nicht aufgegeben werden. |

Beschreibung der Maßnahme:

Das Buch beschreibt eine „verblüffend einfache Methode, mit dem Rauchen aufzuhören“. Die Grundannahme, die in dem Buch vermittelt wird, besagt, dass (neben der Abhängigkeit vom Nikotin) der Hauptgrund für das Aufrechterhalten des Rauchens eine Gehirnwäsche sei, die den Raucher und die Raucherin glauben lasse, es sei schwer aufzuhören und ohne Rauchen sei das Leben nicht lebenswert. Mit dem Buch versucht der Autor, die genau entgegengesetzte Überzeugung zu vermitteln – mit dem Rauchen aufzuhören sei ganz einfach und das Leben als Nichtraucher sei viel einfacher und positiver als das eines Rauchers. Nach dem Durchlesen des Buches soll der Leser und die Leserin nicht mehr verstehen können, warum er bzw. sie jemals geraucht habe.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Ein bestimmter theoretischer Hintergrund ist nicht erkennbar. Das Buch basiert vielmehr auf den persönlichen Erfahrungen und Annahmen des Autors. Er beschreibt eigene Erfahrungen mit Hypnose und spricht häufiger vom Unterbewussten, ein eindeutiger Bezug zu hypnotherapeutischen oder psychoanalytischen Ansätzen ist aber nicht vorhanden.

⁸ Abweichend vom Kriterium der Aktualität (Angebote ab 2005) wurde die Allen-Carr-Publikation aus dem Jahr 1992 eingeschlossen, da diese die ursprüngliche Version des Angebots darstellt und am weitesten verbreitet ist. Nach dem Jahr 2005 sind zahlreiche überarbeitete und zielgruppenspezifische Angebote des Autors erschienen, die sich jedoch an dem ursprünglichen Konzept, wie es in dem hier diskutierten Fachheft dargestellt wird, orientieren.

Laut Aussage des Autors liegt der Grund, warum Raucherinnen und Raucher immer weiterrauchen, in einer Kombination aus der „Nikotinsucht“ einerseits und einer sehr wirksamen, gesellschaftlich verankerten „Gehirnwäsche“ andererseits, die glauben lasse, ohne Zigaretten würde etwas fehlen, und es sei schwer aufzuhören. Die postulierte Wirkung der Maßnahme besteht darin, diese Gehirnwäsche rückgängig zu machen bzw. in einer Art „Gegen-Gehirnwäsche“ den Leser und die Leserin davon zu überzeugen, dass das Aufhören „lächerlich einfach“ sei und dass Raucher und Raucherinnen bemitleidenswerte Menschen seien, die sich um viele positive Dinge bringen (Gesundheit, Energie, innere Ruhe, Selbstachtung etc.).

Die Maßnahme setzt in der Vorbereitungsphase des Rauchstopps an und verfolgt das Ziel, eine eindeutige und klare Entscheidung für den Rauchstopp zu erzielen. Diese bewusste Entscheidung ist laut Anbieter die einzige Voraussetzung, um erfolgreich Nichtraucher zu werden. Ansatzpunkt der Maßnahme ist die kognitiv-emotional-motivationale Ebene.

Spezifische Elemente, die zum Einsatz kommen, sind das Erzeugen kognitiver Dissonanz (man gibt viel Geld für etwas aus, das einen umbringt), kognitive Umstrukturierung tabakbezogener Kognitionen (etwa: Rauchen entspannt), Reframing (Aufhören wird nicht als Verzicht, sondern als Gewinn dargestellt) sowie die Förderung positiven Selbstwertgefühls (Rauchen nicht als persönliche Schwäche, sondern als Folge der Nikotinsucht und Gehirnwäsche).

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

Im Vorwort wird das Buch als „Wunderkur, auf die alle Raucher gewartet haben“ dargestellt. Die Methode soll demnach sofort wirken, auch bei starken Rauchern und Raucherinnen durchschlagenden Erfolg haben, keine heftigen Entzugserscheinungen nach sich ziehen und von Dauer sein. Dies wurde auch durch eigene Evaluationsergebnisse nicht belegt und ist somit nicht realistisch und glaubhaft.

Konzeptqualität – Transparenz

Die Leser und Leserinnen werden über die Methode im Unklaren gelassen. In einem der ersten Kapitel schreibt der Autor sogar: „Auch wenn Sie kein Wort davon verstehen ... wird es Ihnen leicht fallen.“

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Allen Carr absolvierte eine Ausbildung als Wirtschaftsprüfer. Seitdem er nach über 30 Jahren als starker Raucher (mit bis zu 100 Zigaretten am Tag) selbst

mit seiner Methode aufgehört hat zu rauchen, arbeitet er nun selbstständig als Berater und Autor.

Strukturqualität – Materialqualität

Der Aufforderungscharakter ist hoch – der Leser und die Leserin wird direkt und persönlich angesprochen, die Botschaften sind einfach und leicht verständlich.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die Maßnahme ist für alle Raucherinnen und Raucher kurzfristig und zeitlich unbeschränkt über den Buchhandel und das Internet verfügbar. Es handelt sich um ein niederschwelliges Angebot.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Die strikte und klar formulierte Anweisung des Autors lautet, das Buch zunächst bis zum Ende durchzulesen und erst danach mit dem Rauchen aufzuhören. Es wird häufig und sehr eindringlich darauf hingewiesen, dass die Methode nur dann erfolgreich sein wird, wenn man sich unbedingt an die Anweisungen des Autors hält. Die Sprache des Buches ist einfach und leicht verständlich. Die zentralen Botschaften werden sehr häufig wiederholt. Die Leser und Leserinnen werden weder über- noch unterfordert.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Am Ende des Buches findet sich der Verweis auf die Nichtraucherurse nach der Methode von Allen Carr, die in vielen Orten in Deutschland angeboten werden. Darüber hinaus werden eine Telefonnummer und eine Internetadresse angegeben, über die weitere Informationen verfügbar sind.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Zur Wirksamkeit der Methode, wenn sie ausschließlich über das Buch „Endlich Nichtraucher“ vermittelt wird, ist nichts bekannt. Die zwei existierenden Evaluationsstudien beziehen sich auf die Easyway-Kurzseminare, die auf Basis des Buches entwickelt wurden. Laut Aussage des Autors hat das Buch „Millionen von Rauchern“ geholfen. Dies ist jedoch nicht durch wissenschaftliche Studien belegt. Als mögliches Mittel zur Erfolgskontrolle findet sich am Ende des Buchs ein Kontrollabschnitt „Hurra, ich bin Nichtraucher“, den man an das Allen-Carr-Team schicken kann, wenn man mit dem Buch erfolgreich das Rauchen aufgegeben hat.

Ergebnisqualität – Verbreitung und Akzeptanz

In der Allgemeinbevölkerung ist das Buch sehr bekannt. Es wurde in 25 Sprachen übersetzt und hat sich laut Aussage des Autors bereits mehr als 10 Millionen Mal verkauft. Unter Fachleuten wird die Easyway-Methode jedoch kritisch diskutiert.

Dirk Treusch: Klopfen gegen Rauchen (2008)

| | |
|---------------------------------|---|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – Bücher |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg |
| Zielgruppe: | Die Maßnahme richtet sich an alle Raucherinnen und Raucher, die aus eigenem Antrieb mit dem Rauchen aufhören möchten. |
| Kosten: | 8,95 Euro |
| Dauer, Zeitaufwand: | Man benötigt Zeit für das Lesen des Buchs. Für die praktischen Übungen soll man sich laut Autor so viel Zeit nehmen, wie man persönlich benötigt. In der konkreten Umsetzung werden täglich 15 bis 30 Minuten Klopfen empfohlen. Die insgesamt nötige Dauer hängt von jedem selbst ab und kann drei Tage, zwei Wochen oder sechs Monate betragen. |

Beschreibung der Maßnahme:

Das Buch beschreibt die als Selbsthilfetechnik anwendbare Methode des Klopfens, die auf dem Konzept der Energetischen Psychologie beruht. Der erste Teil des Buchs erläutert die unbewussten Prozesse des Rauchens. Das Rauchbedürfnis wird als ein Gefühl beschrieben, das vom Unbewussten erzeugt wird und mit dem Verstand nicht gesteuert werden kann. Durch innere und äußere Konflikte ausgelöst, entsteht ein unbewusster emotionaler Teufelskreis, der in den unterschiedlichsten Situationen das Rauchbedürfnis auslöst. Die Erläuterung dieser Prozesse sowie die Vermittlung von grundlegenden Informationen zum Rauchen sollen eine bewusste Entscheidung für einen Rauchstopp herbeiführen. Im zweiten Teil des Buchs wird eine schrittweise Anleitung zur praktischen Umsetzung des Klopfens gegeben. Es werden acht Schritte der Klopftechnik erläutert (u.a. werden 16 Klopfpunkte des Körpers beschrieben und in Abbildungen dargestellt). Konkrete Schritte zur Umsetzung sowie mögliche Hindernisse werden angesprochen.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Die Methode basiert auf dem Konzept der Energetischen Psychologie. Weitere Angaben zum theoretischen Hintergrund werden jedoch nicht gemacht, der Autor verzichtet „bewusst auf Verweise zu wissenschaftlichen Studien oder Theorien, die oft nur einen abstrakten und selten einen praktischen Wert haben.“

Der Autor beschreibt die Methode des Klopfens als „emotionales Selbstmanagement“, mit dessen Hilfe ungewünschte oder ungewünscht starke Emotionen aufgelöst werden. In der praktischen Umsetzung soll man sich auf die störende Emotion konzentrieren und gleichzeitig auf die beschriebenen Körperpunkte klopfen. „Dadurch werden Bewusstsein, Unbewusstes und der Körper gleichermaßen angesprochen“ und man kann die Emotion sanft auflösen. Wie

und warum das Klopfen an den spezifischen Körperpunkten die Emotionen beeinflussen soll, bleibt jedoch unklar.

Ansatzpunkt der Methode ist sowohl die Vorbereitungsphase des Rauchstopps als auch die konkrete Beendigungsphase. Zunächst soll im Rahmen der kognitiven Vorbereitung eine bewusste Entscheidung für einen Rauchstopp herbeigeführt werden, die dann durch die praktischen Übungen des Klopfens umgesetzt werden soll. Es werden die kognitiv-emotional-motivationale sowie die physiologisch-biologische Ebene angesprochen. Konkrete inhaltliche Bausteine sind Wissensvermittlung (mit einem starken Fokus auf den negativen Folgen des Rauchens), Erhöhung der kognitiven Dissonanz (wahrgenommene Vorteile des Rauchens vs. objektive Nachteile), Imaginationenübungen (Fantasiereise), Selbstaffirmationen sowie Stimuluskontrolle (Zigaretten und Rauchutensilien sollen weggeworfen werden).

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

In der Einleitung des Buchs steht, dass die Leser mithilfe der Methode „mit dem Rauchen aufhören und für immer frei davon sein können, wenn Sie es wirklich wollen. Egal, wie lange und wie viel Sie schon rauchen“. Es wird versprochen, dass man nicht zunehmen und keinerlei Entzugserscheinungen verspüren wird. Da dies nicht wissenschaftlich belegt ist, sind die Aussagen als unrealistisch zu bewerten.

Konzeptqualität – Transparenz

Die Grundannahme, dass man sich des unbewussten emotionalen Teufelskreises des Rauchens bewusst werden muss und Klopfen diese negativen Emotionen auflöst, wird dargelegt. Wie und warum dies funktioniert, bleibt jedoch offen. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden alle nötigen Informationen gegeben, die für die Durchführung der Maßnahme notwendig sind.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Dirk Treusch ist freier Trainer, Coach und Supervisor sowie zertifizierter Ausbilder der National Guild of Hypnotists (USA). Er ist in eigener Praxis tätig (Seminare zur Rauchentwöhnung und Einzelbehandlungen). Vor dieser Tätigkeit hat er als IT-Manager und Consultant gearbeitet.

Strukturqualität – Materialqualität

Der Aufforderungscharakter ist hoch und die didaktische Qualität der Materialien ist gut. Die Beschreibung der praktischen Umsetzung der Maßnahme wird durch Zeichnungen und Arbeitsblätter unterstützt. Der Leser und die

Leserin werden direkt und persönlich angesprochen und motiviert, die Übungen durchzuführen.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die Maßnahme ist für alle Personen kurzfristig und zeitlich unbeschränkt über den Buchhandel und das Internet verfügbar. Es handelt sich um ein niederschwelliges Angebot.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Das erste Kapitel ist eine Gebrauchsanweisung für den Leser und die Leserin. Man soll das Buch zunächst vollständig durchlesen (und dabei keinen einzigen Absatz überspringen), um sich kognitiv auf den Ausstieg vorzubereiten. In zwei späteren Kapiteln wird die praktische Durchführung des Klopfens schrittweise und konkret erläutert. Ein bestimmter Zeitpunkt für den Rauchstopp wird nicht vorgegeben, laut Aussage des Autors merkt der Leser und die Leserin selbst, wenn es so weit ist, dass er bzw. sie mit dem Rauchen aufhören kann. Die Beschreibung der Maßnahme ist im Allgemeinen gut verständlich und praxisnah beschrieben. Die konkrete Umsetzung erfordert jedoch viel Disziplin und stellt verhältnismäßig hohe kognitive Anforderungen an die Raucherinnen und Raucher. Vor allem eine ausgeprägte Vorstellungskraft ist nötig, um die Imaginationsübungen durchführen zu können.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Am Ende des Buchs findet sich der Hinweis auf die Homepage des Autors, die Fragen und Antworten zur Anwendung der Methode sowie weitere Informationen zu den Konzepten und Seminaren enthält. Über diesen Weg kann man auch Kontakt mit dem Autor aufnehmen. Zusätzlich werden Literaturtipps zur Energetischen Psychologie angegeben.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Laut Aussage des Autors ist die Maßnahme „praxiserprobt und äußerst wirksam“. Sollte die Maßnahme einmal nicht den gewünschten Erfolg haben, liegt dies daran, dass man „bei der Selbstanwendung etwas nicht bedacht hat“ oder man sich „nicht auf den ... relevanten Aspekt eingeschungen hat“. Wissenschaftliche Evaluationen zu der Methode liegen jedoch nicht vor. Es wird lediglich angegeben, dass sich die Übungen in der Praxis als sicher und effektiv bewährt haben. Laut Anbieter wäre es „wünschenswert, wenn sich noch mehr Wissenschaftler mit der Erforschung der Frage befassen würden, warum genau diese Techniken so außerordentlich gut funktionieren“.

Vera Kaltwasser: Der sanfte Weg zum Nichtraucher: Erfolg ohne zu kämpfen (2005)

| | |
|---------------------------------|---|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – Bücher |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Verlag Hermann Bauer GmbH & Co. KG, Freiburg i. Br. |
| Zielgruppe: | Einschränkungen bezüglich der Zielgruppe werden nicht gemacht. Die Maßnahme ist demnach für alle Raucherinnen und Raucher geeignet. |
| Kosten: | 7,95 Euro |
| Dauer, Zeitaufwand: | Die Durchführung der Maßnahme erstreckt sich insgesamt über mehrere Wochen, ohne dass dies genau spezifiziert wird. In der Einleitung steht, man soll sich für den endgültigen Rauchstopp „zwei, drei Wochen Zeit [lassen], um zuerst mit dem ‚Edlen Rüstzeug‘ vertraut zu werden.“ |

Beschreibung der Maßnahme:

Das Buch bereitet den Raucher und die Raucherin systematisch auf das Aufhören vor und begleitet ihn bzw. sie durch alle Phasen des Aufhörprozesses. Im ersten Teil des Buches geht es um die Auswirkungen des Rauchens auf „Körper, Geist und Seele“. Im zweiten Teil wird die Raucherin und der Raucher aufgefordert, mithilfe konkreter Übungen ihr bzw. sein Rauchverhalten zu beobachten. Während der Vorbereitungsphase (Teil III) sollen der Raucher und die Raucherin für den „Aufbruch“ ins rauchfreie Leben durch Meditation, Visualisierung und Qigong gestärkt werden. Der vierte Teil begleitet den Raucher und die Raucherin durch den Stopptag, während im fünften Teil des Buches Rückfallprophylaxe thematisiert wird. Die Autorin geht in ihrem Buch über das Rauchen hinaus und beschäftigt sich mit der achtsamen Suche nach Möglichkeiten, wie der Mensch seine „Sehnsucht befriedigen“ kann.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Die einzelnen Elemente der Maßnahme lassen sich auf die generellen Konzepte der kognitiven Verhaltenstherapie und der Achtsamkeit zurückführen. Darüber hinaus bedient sich die Autorin des Wissens der traditionellen chinesischen Medizin (Qigong).

Die Grundannahme zur Wirksamkeit der Maßnahme besteht darin, dass das Rauchen einen Automatismus darstellt, der durchbrochen werden kann. Durch das Betonen der Veränderbarkeit des Verhaltens wird die Motivation zum Aufhören aufgebaut sowie Hoffnung auf Erfolg vermittelt.

Die Methode berücksichtigt alle drei Phasen der Tabakentwöhnung: die Vorbereitung, die konkrete Beendigung sowie die Stabilisierung des Nichtrauchens. Dabei werden vor allem die kognitiv-emotional-motivationale und die Verhaltensebene angesprochen. Konkrete inhaltliche Bausteine sind kognitive

Umstrukturierung, Reframing (durch positive innere Dialoge), Selbstbeobachtung, Aufbau von Alternativverhalten, Achtsamkeitsübungen, Imaginationsübungen (zum Beispiel souveräne Bewältigung einer kritischen Situation) und Entspannung (Meditation, Qigong).

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

Die Einleitung verspricht, dass sich jeder Raucher und jede Raucherin, auch diejenigen, die schon früher erfolglos versucht haben aufzuhören, mit dieser Maßnahme „für immer von der Zigarette verabschieden“ werden. Das Buch eröffnet laut Autorin den Weg zu einem „Quantensprung in ihrer Persönlichkeitsentwicklung“. Diese Aussagen sind als unrealistisch zu bewerten, da sie nicht durch Untersuchungen belegt sind.

Konzeptqualität – Transparenz

Die Wirkmechanismen werden den Leserinnen und Lesern transparent gemacht. Verwendete Fachbegriffe wie zum Beispiel Achtsamkeit, Visualisierung werden erklärt. Alle Informationen, die für die Durchführung der Maßnahme nötig sind, werden zur Verfügung gestellt.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Vera Kaltwasser studierte Germanistik, Anglistik und Psychologie und wurde Gymnasiallehrerin. Ihre Lehrtätigkeit verbindet sie seit vielen Jahren mit schriftstellerischer Arbeit. Sie absolvierte eine Qigong-Ausbildung.

Strukturqualität – Materialqualität

Die Qualität der Materialien ist als gut zu bewerten, da das Buch einen hohen Aufforderungscharakter hat und den Leser und die Leserin direkt und persönlich anspricht. Die Sprache ist einfach und gut verständlich, sodass die Raucherinnen und Raucher sich gut mit den Inhalten identifizieren können.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Über den Buchhandel und das Internet ist die Maßnahme für alle Raucherinnen und Raucher kurzfristig und zeitlich unbeschränkt verfügbar. Es handelt sich um ein niederschwelliges Angebot.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

In der Einführung des Buchs wird die Logik und Anwendung der Maßnahme ausführlich erläutert. Das Buch ist von vorne nach hinten durchzuarbeiten und begleitet den Raucher und die Raucherin von der Vorbereitung über das kon-

krete Aufhören bis hin zur Rückfallprophylaxe. Die Maßnahme ist allgemein verständlich und gut beschrieben. Die einzelnen Schritte sind jederzeit nachvollziehbar.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Zur Rückfallprophylaxe empfiehlt das Buch die CD derselben Autorin. Konkrete Formen zusätzlicher Betreuung werden nicht angeboten.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Die Wirksamkeit der Maßnahme wurde bisher nicht untersucht, sodass keine Aussagen zur Ergebnisqualität möglich sind. Es sind keine Maßnahmen zur Erfolgskontrolle implementiert.

Allen Carr: Endlich Nichtraucher (2006)

| | |
|---------------------------------|---|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – DVD |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Ufa Studio |
| Zielgruppe: | Die Maßnahme richtet sich an alle „Nikotinnutzer“, also Raucherinnen und Raucher von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, aber auch Nutzer von Kautabak o. Ä. |
| Kosten: | 13,99 Euro |
| Dauer, Zeitaufwand: | Die Zeit für das Anschauen der DVD beträgt ca. 70 Minuten. Ein weiterer Zeitaufwand ist nicht vorgesehen. |

Beschreibung der Maßnahme:

Die Maßnahme stellt die Easyway-Methode von Allen Carr vor. Der Moderator Erich Kellermann führt im Vortragsstil durch das Programm, das durch verschiedene Einblendungen/Visualisierungen aufgelockert wird. Die DVD vermittelt Informationen über das Thema „Nikotinsucht“, damit die Raucher und Raucherinnen den Mechanismus der Nikotinsucht verstehen. Zu diesem Zweck werden auch Metaphern verwendet, um die vermittelten Inhalte anschaulicher zu machen (Rauchen als Gefängnis, Nikotinsucht als kleines Monster, das gefüttert werden muss). Typische Einstellungen der Raucher und Raucherinnen in Bezug auf die Wirkung des Nikotins werden systematisch unter die Lupe genommen und widerlegt, mit dem Ziel, der Raucherin bzw. dem Raucher bewusst zu machen, dass Rauchen keine Vorteile bietet.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Ein bestimmter theoretischer Hintergrund der Maßnahme ist nicht erkennbar. Sie beruht ausschließlich auf den persönlichen Annahmen und Erfahrungen des Autors.

Die postulierte Wirkung der Maßnahme besteht darin, die Sichtweise der Raucher und Raucherinnen auf das Rauchen zu verändern, damit sie erkennen, dass sie sich in der „Nikotinfalle“ befinden und alle Gründe für das Rauchen nur Illusionen sind. Sobald sich die Sichtweise zur Zigarette geändert hat, wird der Raucherin bzw. dem Raucher klar, dass man beim Aufhören nichts vermisst. Nicht mehr zu rauchen, ist dann ganz einfach. Der Autor geht davon aus, dass das Wissen um die „Nikotinfalle“ und die Entscheidung, nicht mehr zu rauchen, ausreichend sind, um tatsächlich nicht mehr zu rauchen.

Ansatzpunkt der Maßnahme ist die Vorbereitungsphase der Tabakentwöhnung. Ziel ist eine bewusste Entscheidung für einen Rauchstopp, die laut Autor die einzige Voraussetzung ist, die man braucht, um nicht mehr zu rauchen. Es wird auf der kognitiv-emotional-motivationalen Ebene gearbeitet. Spezifische inhaltliche Elemente, die zum Einsatz kommen, sind Wissensvermittlung (mit

dem Ziel, den Rauchern und Raucherinnen die Suchtmechanismen klarzumachen), kognitive Umstrukturierung rauchbezogener Einstellungen (zum Beispiel: Rauchen entspannt, Rauchen fördert die Konzentration) sowie Reframing (Aufhören wird als Erfolg, Gewinn und Freiheit dargestellt und nicht als Verzicht).

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

In einem Interview, das der DVD als Bonusmaterial beiliegt, gibt Allen Carr an, dass seine Methode eine Erfolgswahrscheinlichkeit von 90 % hat. Dies ist durch wissenschaftliche Studien jedoch nicht belegt, sodass die Aussage als unseriös zu bezeichnen ist.

Konzeptqualität – Transparenz

Den Raucherinnen und Rauchern wird deutlich erläutert, dass die Wirkung der Maßnahme darin besteht, die Gehirnwäsche, die einen an die positiven Gründe für das Rauchen glauben lässt, rückgängig zu machen und die „Nikotinfalle“ zu verstehen. Die Raucher und Raucherinnen erhalten alle Informationen, die sie zur Durchführung der Maßnahme benötigen.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers

Der Autor Allen Carr absolvierte eine Ausbildung als Wirtschaftsprüfer. Seitdem er nach über 30 Jahren als starker Raucher (mit bis zu 100 Zigaretten am Tag) selbst mit seiner Methode aufgehört hat zu rauchen, arbeitet er nun selbstständig als Berater und Autor. Der Moderator der DVD, Erich Kellermann, ist ehemaliger EDV-Fachmann und für Deutschland lizenziertes Trainer der Easyway-Methode.

Strukturqualität – Materialqualität

Der Aufforderungscharakter der Maßnahme ist hoch – die Zuschauer und Zuschauerinnen werden direkt und persönlich angesprochen; die Botschaften sind einfach und leicht verständlich. Die didaktische Qualität ist gut und wird sowohl durch das Auftreten von Beispielrauchern, mit denen sich der Zuschauer bzw. die Zuschauerin identifizieren kann, als auch durch visualisierte Darstellungen der Informationen unterstützt.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die Maßnahme ist für alle Raucherinnen und Raucher kurzfristig und zeitlich unbeschränkt über den Buchhandel und das Internet verfügbar. Es handelt sich um ein niederschwelliges Angebot.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Zu Beginn der DVD wird darauf hingewiesen, dass man das Medium erst bis ganz zum Ende ansehen soll, bevor man einen Rauchstopp unternimmt. Wenn man sich strikt an die Anweisungen hält, die gegeben werden, soll man automatisch mit dem Rauchen aufhören. Die verwendete Sprache ist einfach und leicht verständlich. Die zentralen Botschaften werden durch filmische Szenen illustriert und sind sehr anschaulich aufbereitet.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Am Ende der DVD findet sich der Hinweis, dass der Zuschauer bzw. die Zuschauerin bei möglichen Problemen oder Schwierigkeiten ein Allen-Carr-Büro in der Nähe kontaktieren soll. Adressen und Telefonnummern werden im Begleitheft der DVD genannt. Darüber hinaus wird eine Internetadresse angegeben, über die weitere Informationen verfügbar sind.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Zur Wirksamkeit der Methode, wenn sie ausschließlich über die DVD vermittelt wird, ist nichts bekannt. Zwei bisher existierende wissenschaftliche Evaluationsstudien beziehen sich auf die Easyway-Seminare. In einem Interview, das als Extra auf der DVD verfügbar ist, gibt Allen Carr die Erfolgsquote seiner Methode mit 90 % an. Diese Zahl beruht auf der Inanspruchnahme der Geld-zurück-Garantie, die für die Easyway-Seminare angeboten wird. Wissenschaftliche Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit hält der Anbieter nicht für aussagekräftig, da die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an solchen Studien ihr Rauchverhalten nicht ehrlich angeben würden.

Ergebnisqualität – Verbreitung und Akzeptanz

Die Easyway-Methode ist in der Allgemeinbevölkerung weltweit bekannt und vor allem in Deutschland sehr beliebt. Spezifische Informationen zur Verbreitung und Akzeptanz der DVD sind jedoch nicht verfügbar. Unter Fachleuten wird die Maßnahme kritisch diskutiert.

Stefan Frädrieh: Niehraueher in 5 Stunben (2007)

| | |
|---------------------------------|--|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – DVD |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Koch Media GmbH |
| Zielgruppe: | Es werden ohne Einschränkung alle Raueherinnen und Raueher mit der Maßnahme angesproehen. |
| Kosten: | 39,90 Euro |
| Dauer, Zeitaufwand: | Die Zeit für das Anschauen der DVD beträgt ca. 240 Minuten. Zur Vertiefung sollen/können ausgewählte Inhalte bzw. Kapitel wiederholt angesehen werden. |

Beschreibung der Maßnahme:

Die DVD enthält einen Vortrag des Autors, der dem Ablauf und den Inhalten des eintägigen Seminars des Anbieters entspricht. Die Maßnahme ist in fünf Stunden mit jeweils verschiedenen Schwerpunkten aufgeteilt. Kurze Interviews mit Raueherinnen und Rauehern zu verschiedenen Fragestellungen sind ebenfalls in die DVD integriert. In der ersten Stunde wird erklärt, wie Gewohnheiten entstehen und wie man diese verändern kann (Günter, den inneren Schweinehund, trainieren, damit er zu einem Berater wird). Dies wird bildhaft anhand von Beispielen wie dem Fahrradfahren verdeutlicht. In der zweiten Stunde wird „die Biologie der Sucht“ besprochen und der Suchtmechanismus wird dargestellt (weiterer Konsum als Versuch, die Entzugerscheinungen zu beseitigen). Die dritte Stunde beschäftigt sich mit „der psychologischen Komponente der Sucht“. Hier erfährt die Raueherin und der Raueher, wie klassische Konditionierung funktioniert und warum das Rauehen mit bestimmten Situationen verknüpft ist. In der vierten Stunde werden ausführliche Informationen über die Tricks der Tabakindustrie vermittelt. Die fünfte Stunde dient der Vorbereitung für den Rauehstopp. Darüber hinaus werden hier auch Tipps für die Rückfallprophylaxe gegeben. Der „Krisenknopf“ soll gedrückt werden, wenn eine Krisensituation (zum Beispiel Vorfall oder Rückfall) auftritt.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Es wird davon ausgegangen, dass durch die Informationen über das Rauehen, die mittels der DVD vermittelt werden, das Aufhören einfach gemacht wird. So besagt die Grundannahme der Maßnahme: „Wer versteht, wie das Rauehen biologisch und psychologisch funktioniert, braucht zum Aufhören keine Willenskraft.“ Darüber hinaus soll die innere Stimme, die zum Aufhören motiviert, lauter gemacht werden.

Ansatzpunkt der Methode ist vor allem die Vorbereitungsphase des Rauehstopps, mit dem Ziel, ein Verständnis für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Nikotinsucht zu entwickeln sowie Motivation zum Aufhören aufzubauen. Dabei wird die kognitiv-emotional-motivationale Ebene angesprochen. Es sind Konzepte der kognitiven Verhaltenstherapie erkennbar, die jedoch mit zahlreichen anderen Methoden kombiniert werden. Konkrete inhaltliche Bau-

steine sind Wissensvermittlung, kognitive Umstrukturierung (ungünstige Einstellungen durch neue, hilfreiche und zielführende ersetzen), Imaginationsübungen (um den Einfluss der Gedanken und Bewertungen auf die Gefühle und die körperlichen Reaktionen zu verdeutlichen), Erlernen positiver innerer Dialoge, Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

Der Autor beschreibt die DVD als „die einfachste Methode, mit dem Rauchen aufzuhören“, „ohne schlechte Laune, dubiose Pillen und Ersatzdrogen“. Aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Studien ist dies jedoch als unglaubwürdig zu bewerten.

Konzeptqualität – Transparenz

Die angenommene Wirkung der Maßnahme wird im Booklet der DVD und auf der DVD selbst dargelegt. Darüber hinaus erhalten die Raucherinnen und Raucher vor der Durchführung der Maßnahme alle nötigen Informationen zu Kosten, Zeitaufwand etc.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Dr. med. Stefan Frädlich ist Arzt und Betriebswirt. Er ist selbstständig und arbeitet als Trainer, Coach, Consultant und Autor.

Strukturqualität – Materialqualität

Der Aufforderungscharakter ist hoch und die didaktische Qualität der Materialien ist zufriedenstellend. Die vermittelten Informationen sind umfangreich und werden durch viele Beispiele verdeutlicht. Zuschauer bzw. Zuschauerinnen werden direkt und persönlich angesprochen und motiviert, sich der Sucht zu stellen. Der Moderator, der Arzt und Ex-Raucher ist, steht den Rauchern und Raucherinnen als Modell für erfolgreiches Aufhören zur Verfügung.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die Maßnahme ist kurzfristig verfügbar und über den Buchhandel oder das Internet für alle Interessierten schnell erreichbar. Das Angebot ist somit niederschwellig.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Die DVD enthält klare Angaben, wie die Maßnahme anzuwenden ist. Man soll sich die ganze DVD entweder am Stück oder nach und nach anschauen. Zwischen den einzelnen Stunden werden die Raucherinnen und Raucher dazu auf-

gefordert, eine Zigarettenpause zu machen. Falls eine Krise eintritt, besteht die Möglichkeit, den Krisenknopf zu drücken, um Hilfestellung zu bekommen. Um Schlüsselinformationen zu vertiefen, soll die DVD wiederholt angeschaut werden. Nach dem Durchlaufen der Maßnahme kann der Rauchstopp laut Annahme des Autors problemlos durchgeführt werden. Die Maßnahme ist für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gut verständlich. Die vermittelten Informationen werden interessant und unterhaltsam dargestellt.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Das Booklet zur DVD enthält Hinweise auf das Life-Seminar des Autors. Darüber hinaus ist die Homepage des Anbieters aufgeführt, über die weitere Informationen zur Maßnahme verfügbar sind.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Die Wirksamkeit der Maßnahme ist bisher nicht untersucht. Der Autor beschreibt seine Maßnahme zwar als „deutschlandweit erfolgreich“, allerdings liegen keine konkreten Zahlen zur Wirksamkeit vor.

o. A.: Endlich rauchfrei – Nichtraucher in einer Woche (2007)

| | |
|---------------------------------|---|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – DVD |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Los Banditos Films GmbH |
| Zielgruppe: | Die DVD ist für alle Raucherinnen und Raucher geeignet. Einschränkungen werden nicht gemacht. |
| Kosten: | 9,99 Euro |
| Dauer, Zeitaufwand: | Beim ersten Mal soll die DVD komplett angeschaut werden (ca. 60 Minuten). In der ersten Woche der Entwöhnung soll der autosuggestive Teil täglich (auch mehrmals) angesehen werden. |

Beschreibung der Maßnahme:

Die Maßnahme besteht aus vier thematischen Einzelteilen, die ineinander verschachtelt in schnellem Wechsel präsentiert werden. In einem Informationsteil wird Hintergrundwissen zum Rauchen vermittelt mit dem Fokus auf den negativen gesundheitlichen Folgen. Diese werden sehr deutlich visualisiert. In einem zweiten Teil werden Interviews mit einem Arzt (zum Thema „Akupunktur“) sowie mit einem ehemaligen Tabaklobbyisten (zum Thema „Tabakindustrie“) geführt. Der Autosuggestivteil der DVD enthält eine Reise ins Unterbewusstsein, die eine Tiefenentspannung sowie positive und negative Suggestionen enthält. Im Rahmen einer Hypnosesitzung kommen letztlich Imaginationsübungen zum Einsatz. Alle Teile werden mit visuellen Effekten und Musik untermalt.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Es werden zwei allgemeine Konzepte der Tabakentwöhnung angesprochen: Einerseits wird die Durchführung von Akupunktur beschrieben und diskutiert, andererseits wird konkret das Konzept der Hypnose angewendet.

In der Einführung in den Autosuggestiv- bzw. den Hypnoseteil der DVD wird die angenommene Wirkweise der Methoden erläutert. Demnach ist es über die Beeinflussung des Unterbewusstseins möglich, das Rauchverhalten „ohne Mühe und Anstrengung“ zu beeinflussen. Mithilfe der Suggestionen und Imaginationsübungen soll das Unterbewusstsein all das verlernen, was die Raucherin bzw. der Raucher ihm über das Rauchen beigebracht hat. Beispielsweise werden alle Verbindungen des Rauchens aufgelöst (zum Beispiel Verbindungen mit bestimmten Personen, Getränken), sodass das Verlangen nach einer Zigarette von Tag zu Tag kleiner wird.

Die Methode setzt in der Vorbereitungsphase sowie der konkreten Beendigungsphase des Rauchens an. Ansatzpunkt ist in beiden Fällen die kognitiv-

emotional-motivationale Ebene. Zur Vorbereitung werden Informationen zum Rauchen und den assoziierten Gesundheitsschäden vermittelt. Dabei kommen affektive Ansätze zum Einsatz („Schockbilder“ zu den gesundheitlichen Gefahren). Zusätzlich wird die Methodik der Akupunktur als Tabakentwöhnungsmaßnahme dargestellt. Der Raucher bzw. die Raucherin soll „mithilfe der DVD die Motivation zum endgültigen Aufhören“ erlangen. Spezifische Elemente, die im Rahmen der konkreten Unterstützung des Aufhörens eingesetzt werden, sind positive und negative Suggestionen („Ich spüre, wie sich gesunde Luft in meinem Körper breit macht“, „Rauchen führt meinem Körper Giftstoffe zu“) sowie Imaginations- und Entspannungsübungen (autogenes Training).

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

Das DVD-Cover verspricht, dass „mithilfe dieser DVD ... auch die langjährigen Raucher in kürzester Zeit zum Nichtraucher“ werden, „denn noch nie war die Entwöhnung so einfach“. Diese Aussage ist jedoch nicht verifizierbar und somit unglaubwürdig.

Konzeptqualität – Transparenz

Die angenommene Wirkweise der Hypnosesitzung und Akupunktur wird in der jeweiligen Einführung dargestellt. Es bleibt jedoch unklar, wie die vier nebeneinander stehenden Einzelteile zusammenpassen und welcher Bestandteil im Zusammenhang mit den jeweils anderen wie wirkt.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Es bleibt unklar, wer genau der Anbieter der Maßnahme ist, da kein spezifischer Autor genannt wird.

Strukturqualität – Materialqualität

Der Aufforderungscharakter ist hoch – der Zuschauer bzw. die Zuschauerin wird direkt und persönlich angesprochen, die Botschaften sind einfach und leicht verständlich. Allerdings sind die integrierten Interviews häufig akustisch schwer zu verstehen.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die Maßnahme ist kurzfristig und zeitlich unbeschränkt über den Buchhandel und das Internet verfügbar. Es handelt sich somit um ein niederschwelliges Angebot.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Zu Beginn der DVD wird darauf hingewiesen, wie und wie häufig die Maßnahme angeschaut werden soll. Die Inhalte werden gut verständlich und vielfach mit visueller Unterstützung präsentiert. Alle Informationen sind allgemeinverständlich aufbereitet.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Es sind keine weiteren Angebote implementiert. Die Kontaktdaten des zum Thema „Akupunktur“ interviewten Arztes werden angegeben, sodass es möglich ist, sich über diese Quelle weitere Informationen zu besorgen.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Für diese spezifische Maßnahme ist keine Überprüfung der Wirksamkeit vorhanden. In Bezug auf die angesprochenen und genutzten Methoden allgemein liegen nur eingeschränkte Evaluationsstudien vor. Aus internationalen Studien zur Wirksamkeit von Hypnose gibt es keine Hinweise darauf, dass diese Interventionen im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen oder anderen Interventionen erfolgreich sind.

Günter Schneiderei: Nichtraucher durch Tiefenhypnose (2006)

| | |
|---------------------------------|---|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – CD |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Verlag Mental-Vital |
| Zielgruppe: | Die Zielgruppe wird nicht näher definiert. Es ist daher davon auszugehen, dass die Maßnahme für alle Raucherinnen und Raucher geeignet ist. |
| Kosten: | 17,00 Euro |
| Dauer, Zeitaufwand: | Für das Hören der CD benötigt man ca. 20 Minuten Zeit. In den ersten Tagen soll die CD am besten zweimal täglich gehört werden, danach einmal täglich. Die Gesamtdauer der Anwendung wird nicht spezifiziert. |

Beschreibung der Maßnahme:

Die CD vermittelt ein hypnotherapeutisches Verfahren zur Tabakentwöhnung. Nach einem kurzen Vorwort zur Anwendung der Methode soll die ZuhörerIn und der Zuhörer durch die ruhige, harmonische Stimme des Sprechers und auch musikalische Untermalung in Hypnose versetzt werden. Dabei wird zunächst eine tiefe Entspannung herbeigeführt, die das „Tor zum Unterbewusstsein“ öffnen soll. In diesem Zustand völliger Entspannung folgen die tabakbezogenen Instruktionen des Autors, die zweimal wiederholt werden. Diese besagen, dass man ab sofort kein Verlangen mehr nach einer Zigarette verspürt, jeder Zug an einer Zigarette ein unangenehmes Gefühl verursacht und man sich stark und frei fühlt. Zum Abschluss wird der Zuhörer bzw. die ZuhörerIn in das „Tagesbewusstsein“ zurückgeholt.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Die Maßnahme basiert auf dem Konzept der Hypnose. Es wird davon ausgegangen, dass das Unterbewusstsein eine zentrale Bedeutung für das Handeln hat. Durch die gegebenen Instruktionen in einem Zustand der völligen Entspannung soll eine unbewusste Einstellung gegen das Rauchen induziert werden, die dafür sorgt, dass man kein Verlangen mehr nach einer Zigarette hat. Es wird implizit davon ausgegangen, dass man „automatisch“ mit dem Rauchen aufhört, wenn man kein Verlangen mehr hat. Im bewussten Zustand wirke dies „wie ein Wunder“, weil das Unterbewusstsein eine Verbindung herstellt, die man mit dem Verstand nicht fassen kann.

Das Verfahren setzt in der konkreten Beendigungsphase an und arbeitet auf der kognitiv-emotional-motivationalen Ebene. Zentraler inhaltlicher Baustein ist die Suggestion, über die „Befehle“ an das Unterbewusstsein vermittelt werden. Darüber hinaus wird über Induktion von tiefer Entspannung die physiologisch-biologische Ebene angesprochen.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

Das CD-Cover verspricht, dass Hypnose das wirkungsvollste Mittel der Tabakentwöhnung, ist „ganz frei von schädlichen Nebenwirkungen“. Darüber hinaus wird angegeben, dass man mit der Methode „schnell und gut gelaunt zum Nichtraucher“ wird. Da dies durch wissenschaftliche Studien nicht belegt ist, muss man diese Aussage als unrealistisch bewerten.

Konzeptqualität – Transparenz

Die angenommenen Wirkmechanismen werden offen dargelegt und die Teilnehmenden erhalten alle nötigen Informationen zu dem Programm.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Günter Schneiderei ist Mentaltrainer. Laut CD-Cover sind seine Fachgebiete Mentaltraining und Hypnose, mit denen er in zahlreichen TV- und Radiosendungen präsent ist.

Strukturqualität – Materialqualität

Der Aufforderungscharakter ist hoch. Der Zuhörer oder die ZuhörerIn wird direkt und persönlich angesprochen. Die didaktische Qualität der CD ist gut und der Sprecher gut zu verstehen. Ein Begleitheft zur CD gibt es nicht.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die Maßnahme ist kurzfristig und zeitlich unbeschränkt über den Buchhandel und das Internet verfügbar. Das Angebot ist als niederschwellig zu bezeichnen.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Im Vorwort der CD wird die Anwendung erläutert. Man soll die CD nicht beim Autofahren oder anderen Tätigkeiten hören, die eine hohe Aufmerksamkeit erfordern. Darüber hinaus ist die Methode laut Anbieter nicht für Menschen mit niedrigem Blutdruck, Herzschrittmacher oder Anfallsleiden geeignet. Die Maßnahme ist allgemein verständlich. Die Sprache ist einfach und der Sprecher ist gut zu verstehen.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Keine Angaben zu weiterführenden Maßnahmen oder Angeboten.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Für diese spezifische Maßnahme liegt keine Überprüfung der Wirksamkeit vor. Auch zu hypnotherapeutischen Interventionen allgemein liegen nur weni-

ge methodisch gute Evaluationsstudien vor. Internationale Studien zur Wirksamkeit von Hypnose geben keine Hinweise darauf, dass diese Interventionen im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen oder anderen Interventionen erfolgreich sind.

Ergebnisqualität – Verbreitung und Akzeptanz

Die Maßnahme ist im Onlinebuchhandel die am häufigsten verkaufte CD zur Tabakentwöhnung. Dies spricht für eine relativ weite Verbreitung in der Bevölkerung. Zur Bekanntheit und Akzeptanz der Maßnahme unter Fachleuten ist nichts bekannt, hypnotherapeutische Ansätze werden im Allgemeinen kritisch diskutiert.

Dittmar Kruse: Einfach gelassen ... Vom Raucher zum Nicht(b)raucher (2006)

| | |
|---------------------------------|--|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – CD |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Windpferd Verlagsgesellschaft mbH, Aitrang |
| Zielgruppe: | Die Zielgruppe wird nicht näher spezifiziert. Es ist davon auszugehen, dass die Maßnahme uneingeschränkt für alle Raucherinnen und Raucher geeignet ist. |
| Kosten: | 12,90 Euro |
| Dauer, Zeitaufwand: | Die Zeit für das Hören der CD beträgt ca. 25 Minuten. |

Beschreibung der Maßnahme:

Die Inhalte sind mit Musik hinterlegt, die für eine positive Stimmung sorgt. Ein Sprecher leitet die ZuhörerIn und den Zuhörer, Imaginationsübungen (zum Beispiel: Ich als Kind mit einer Zigarette) durchzuführen, die die positiven Aspekte des Rauchens infrage stellen. Dies wird zusätzlich durch eingestreute Fragen „Wie frei macht eine Sucht?“ vertieft. Der Raucher bzw. die Raucherin wird aufgefordert, zu einem „Forscher“/„Entdecker“ zu werden, der nach seinen persönlichen Gründen für das Rauchen sucht, seine Gefühle und Gedanken beobachtet und sich selbst als einen Mikrokosmos betrachtet. Über diesen Weg soll ihm bzw. ihr klar werden, dass alles, was man sich von der Zigarette verspricht, auch ohne sie bereits existiert.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Den Angaben des Autors auf seiner Homepage entsprechend, basiert die Maßnahme auf dem Konzept des Neurolinguistischen Programmierens (NLP). Es kommen jedoch ganz unterschiedliche Methoden zum Einsatz.

Das Hören der CD aktiviert laut Angaben des Autors das „innere Wissen darüber, was [einem] wirklich gut tut“. Durch die Übungen wird der Raucherin und dem Raucher klar, wie spannend das Leben ist und dass man für dieses Gefühl keine Zigaretten braucht. Ansatzpunkt der Methode ist die kognitiv-emotional-motivationale Ebene in der konkreten Beendigungsphase. Folgende spezifischen inhaltlichen Bausteine kommen zum Einsatz: Psychoedukation (Vorteile des Nichtrauchens, Erklärung des Suchtmechanismus durch einen Vergleich mit Mitteln, die Schmerzen verursachen); Erzeugung von kognitiver Dissonanz durch Imaginationsübungen und Einstreutechnik („Wie frei macht eine Sucht?“); Achtsamkeitsübungen, um die eigenen Motive für das Rauchen (Gefühle, Gedanken) kennenzulernen und sich allmählich davon zu distanzieren; Aktivierung der Selbstheilungskräfte durch Hervorheben der Zugehörigkeit jedes Menschen zum Universum und des Potenzials, über das jeder Mensch verfügt.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

Es werden keine unrealistischen Erfolge versprochen.

Konzeptqualität – Transparenz

Die angenommenen Wirkmechanismen werden offengelegt, indem auf die Aktivierung der Selbstheilungskräfte durch die CD hingewiesen wird. Der Raucher und die Raucherin erhalten alle nötigen Informationen, die sie zur Durchführung der Maßnahme benötigen.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Dittmar Kruse ist ausgebildeter Musiker, Komponist und Arrangeur. Er hat eine Ausbildung in NLP und Hypnose, ist Lehrcoach für NLP und in eigener Praxis tätig.

Strukturqualität – Materialqualität

Der Aufforderungscharakter ist hoch – der Zuhörer wird direkt und persönlich angesprochen. Die zentralen Botschaften sind einfach und leicht verständlich.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die Maßnahme ist kurzfristig und zeitlich unbeschränkt über den Buchhandel und das Internet verfügbar. Das Angebot ist niederschwellig und für alle Raucherinnen und Raucher leicht zu erreichen.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Die Anwendung der Methode wird auf dem CD-Cover beschrieben als „Hören Sie einfach zu – und hören Sie einfach auf!“. Der Zeitpunkt des Rauchstopps wird nicht genau festgelegt; dieser sowie die Dauer der Anwendung bleibt dem Raucher und der Raucherin selbst überlassen. Die Maßnahme ist für die Zielgruppe leicht verständlich. Der Sprecher auf der CD ist gut zu verstehen.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Es werden keine Angaben zu weiterführenden Angeboten gemacht.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Die Methode des NLP ist für die Tabakentwöhnung nicht empirisch untersucht, sodass keine Aussagen zur Ergebnisqualität möglich sind. Einige spezifische Techniken sind jedoch auch in evidenzbasierten verhaltenstherapeutischen Programmen integriert.

Tobias Conrad und Herwig Kusatz: Rauchen (2008)

| | |
|---------------------------------|--|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – CD |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Verlag Carl-Auer-Systeme |
| Zielgruppe: | Durch die Methode sollen alle Raucherinnen und Raucher angesprochen werden, auch solche, die momentan nicht motiviert sind aufzuhören. |
| Kosten: | 45,00 Euro |
| Dauer, Zeitaufwand: | Man benötigt Zeit für das Lesen des Booklets und das Hören der zwei CDs (insgesamt ca. 120 Minuten). Das Programm soll nicht nur in der ersten Zeit des Rauchstopps, sondern auch später zur Auffrischung wiederholt werden. |

Beschreibung der Maßnahme:

Die Maßnahme besteht aus einem ausführlichen Begleitheft, einem Audiobuch und einer Musik-CD und vermittelt ein hypnotherapeutisches Programm zur Tabakentwöhnung. Durch das Lesen des Booklets, das Hören des Audiobuchs und das Meditieren zur Musik sollen bewusste und unbewusste Fähigkeiten aktiviert werden, die es ermöglichen, das Rauchen aufzugeben. Das Booklet beschreibt zunächst die Maßnahme und gibt konkrete Verhaltenstipps für den Rauchausstieg. Das Audiobuch als zentraler Teil der Methode versetzt die ZuhörerIn und den Zuhörer in eine tiefe Entspannung (Trance) und ermöglicht so einen Zugang zum Unbewussten. In diesem Zustand unternimmt der Raucher oder die Raucherin eine Reise zu verschiedenen Orten, an denen er bzw. sie u. a. seinen/ihren „inneren Heiler“ trifft. Auf diese Weise soll Selbstvertrauen, Zuversicht und innere Stärke für den Rauchausstieg herbeigeführt werden. Ziel der meditativen Musik ist eine tiefe Entspannung und Harmonie, die auch verschiedene Körperprozesse günstig beeinflussen soll.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Die Maßnahme basiert auf dem Konzept der Hypnose und ist von tiefenpsychologischen Gedanken (Archetypen nach C. G. Jung) beeinflusst. Das Booklet zur CD enthält den Abschnitt „Wie funktioniert das Programm?“, der die angenommene Wirkweise der Maßnahme beschreibt. Durch das Zusammenwirken medizinischer Trance und meditativer Sounds sollen die Selbstheilungskräfte der Raucher und Raucherinnen aktiviert werden. Die durch die CD hervorgerufene Trance schränkt die bewusste Wahrnehmung ein und macht den Zuhörer oder die ZuhörerIn empfänglicher für Suggestionen. Durch das gezielte Einsetzen unbewusster Kommunikationsformen sollen die latenten Fähigkeiten und Ressourcen nutzbar gemacht werden. Darüber hinaus soll man durch die meditative Musik mystische Phänomene wie „ozeanische Selbstentgrenzung“ oder „visionäre Umstrukturierung“ erleben, die heilsam und befreiend wirken.

Das Verfahren setzt auf der kognitiv-emotional-motivationalen Ebene in der konkreten Beendigungsphase an. Zentraler inhaltlicher Baustein ist die Suggestion, über die „Befehle“ an das Unterbewusstsein vermittelt werden. Darüber hinaus wird über Induktion von tiefer Entspannung die physiologisch-biologische Ebene angesprochen. Das Booklet gibt konkrete Verhaltenstipps für die Phase des Rauchausstiegs, die der Stimuluskontrolle und Motivierung zuzuordnen sind (Wegräumen von Rauchutensilien, Klebezettel mit motivierenden Sprüchen).

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

Die Maßnahme wirkt hinsichtlich der Tabakentwöhnung seriös und glaubwürdig, da sie auf mögliche Komplikationen des Rauchstopps hinweist und keine konkreten tabakbezogenen Erfolge verspricht. Allerdings werden sehr viele ganzheitliche Erfolge versprochen, die unglaubwürdig sind. So werden im Booklet insgesamt 16 positive Resultate der Intervention angegeben, darunter Selbstvertrauen, Zufriedenheit, Heiterkeit, Umgänglichkeit und Freiheit. Darüber hinaus sollen die „guten Geisteszustände“, die durch das Programm erzielt werden, auch die Heilung und Behandlung von Krankheiten beeinflussen. Da diese Erfolge jedoch nicht nachgewiesen sind, scheinen die Versprechungen unrealistisch.

Konzeptqualität – Transparenz

Die angenommene Wirkweise sowie die Anwendung des Programms werden im Booklet sehr ausführlich dargelegt. Allerdings wird keine Angabe zur Dauer der CDs gemacht.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Dr. Tobias Conrad ist Arzt und in einer Privatpraxis für integrative Medizin tätig. Er arbeitet mit Methoden der Heiltrance und Musiktherapie. Dipl.-Ing. Herwig Kusatz ist Naturwissenschaftler und Komponist und beschäftigt sich mit der psychologischen und physiologischen Wirkung von Musik auf den Menschen.

Strukturqualität – Materialqualität

Der Aufforderungscharakter ist hoch – der Zuhörer bzw. die ZuhörerIn wird persönlich und direkt angesprochen. Die didaktische Qualität der Maßnahme ist sehr gut und professionell. Das Booklet zur CD ist ausführlich und enthält zahlreiche Informationen zum Programm und der Wirkweise. Die Sprache des Audiobuchs ist leicht verständlich.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die Maßnahme ist kurzfristig und zeitlich unbeschränkt über den Buchhandel und das Internet verfügbar. Somit ist das Angebot als niederschwellig zu bezeichnen.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Das Booklet enthält ausführliche Anweisungen, wie die Maßnahme anzuwenden ist. So werden unter der Überschrift „Programmschritte“ zunächst konkrete Verhaltenshinweise gegeben (zum Beispiel „Vermeide vorerst Genussmittel, die Lust auf Zigaretten machen“). Für das Hören des Audiobuchs und die Meditation zur Musik werden konkrete Hinweise gegeben, wie zum Beispiel „Bemühe dich nicht darum, jedes einzelne Wort bewusst aufzunehmen“ oder „Konzentriere dich auf dein wohliges Atmen“. Der Text des Booklets ist vergleichsweise anspruchsvoll und für Laien nicht in allen Punkten verständlich. Die zentralen Botschaften werden jedoch deutlich. Die Sprache des Audiobuchs ist gut verständlich.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Es werden keine Angaben zu weiterführenden Angeboten gemacht.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Für diese spezifische Maßnahme liegt keine Überprüfung der Wirksamkeit vor. Auch zu hypnotherapeutischen Interventionen allgemein liegen nur wenige methodisch gute Evaluationsstudien vor, die keinen Hinweis darauf ergeben, dass diese Interventionen im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen oder anderen Interventionen erfolgreich sind.

Ergebnisqualität – Nebenwirkungen

Zu Nebenwirkungen des Programms ist nichts bekannt. Generell mögliche „Komplikationen“ der Tabakentwöhnung werden im Booklet angegeben: Gewichtszunahme, Entzugserscheinungen, Stimmungsschwankungen/psychosomatische Symptome.

| | |
|---------------------------------|--|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – computerbasierte Interventionen |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), www.rauchfrei-info.de |
| Zielgruppe: | Die Maßnahme richtet sich an alle Raucherinnen und Raucher, die aufhören wollen bzw. deren Ausstieg maximal fünf Tage zurückliegt. |
| Kosten: | Kostenlos |
| Dauer, Zeitaufwand: | Die Gesamtdauer des Programms erstreckt sich über 21 Tage. Es ist jedoch möglich, nach 18 Tagen vorzeitig aus der Maßnahme auszusteigen. |

Beschreibung der Maßnahme:

Das Angebot „rauchfrei-info.de“ ist ein computerbasiertes Expertensystem zur Tabakentwöhnung. Nach der Anmeldung zum Programm füllt der Raucher bzw. die Raucherin Fragebogen zum Rauchverhalten und zur Motivation aus. Danach wird ein Stoptag festgelegt, der innerhalb der ersten drei bis zehn Tage erfolgen soll. Zentraler Aspekt der Maßnahme sind tägliche E-Mails mit Empfehlungen und Tipps zur Unterstützung des Rauchausstiegs, die auf Grundlage der Eingangsinformationen individualisiert werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden dadurch aufgefordert, sich mit verschiedenen Aspekten des Rauchens und des rauchfreien Lebens auseinanderzusetzen (zum Beispiel Motivation, Ernährung, Bewegung). Die E-Mails enthalten einen Link, über den ein direkter Zugriff auf das Onlineprogramm möglich ist, sodass die angesprochenen Aspekte vertieft werden können. Der individuelle Fortschritt im Programm kann über ein Erfolgsdiagramm, in das täglich die Anzahl der gerauchten Zigaretten eingetragen werden soll, verfolgt werden.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Laut Selbstbeschreibung bildet ein verhaltenstherapeutisch-kognitiver Ansatz die theoretische Grundlage für das Programm. Des Weiteren sind in die inhaltlich-konzeptuelle Ausrichtung die Theorie des geplanten Verhaltens, Selbstwirksamkeitstheorien und das lerntheoretische Modell der Selbstregulation eingeflossen. Entsprechend dieser Grundlagen wird das Rauchen als ein erlerntes Verhalten angesehen, das auch wieder verlernt werden kann. Ziel ist die Stabilisierung der Motivation und die Förderung des Selbstvertrauens in die Fähigkeit, den Rauchstopp langfristig aufrechtzuerhalten. Das Programm setzt an allen drei Phasen der Tabakentwöhnung an und beinhaltet Aspekte der Vorbereitung, der konkreten Umsetzung des Rauchstopps sowie der Stabilisierung des rauchfreien Lebens. Es wird hauptsächlich auf der kognitiv-emotional-motivationalen sowie der Verhaltensebene gearbeitet. Folgende inhaltliche Bausteine kommen zum Einsatz: Wissensvermittlung, Förderung der Motivation und des Selbstbewusstseins, Selbstbeobachtung, Selbstmanagement, Kon-

tingenzmanagement, Aufbau von Alternativverhalten, Stressbewältigung sowie Änderung des Lebensstils.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

Es werden keine unrealistischen Versprechungen gemacht.

Konzeptqualität – Transparenz

Die grundlegenden Prinzipien der Maßnahme werden den Raucherinnen und Rauchern bereits vor der Anmeldung zu dem Programm dargelegt. Darüber hinaus erhalten die Teilnehmenden bereits vor der Registrierung alle notwendigen Informationen zu den Inhalten und der Dauer der Maßnahme.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Die Maßnahme wurde von der BZgA entwickelt und wird von ihr verwaltet. Die BZgA ist als öffentliche Institution seit vielen Jahren im Bereich der Tabakentwöhnung aktiv und hat zahlreiche Angebote im Rahmen der „rauchfrei“-Kampagne entwickelt (zum Beispiel Selbsthilfemaßnahmen, Telefonberatung).

Strukturqualität – Materialqualität

Die inhaltliche Qualität der Materialien auf der Homepage und in den E-Mails ist gut. Alle Informationen sind auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand und werden regelmäßig um aktuelle Meldungen ergänzt. Durch einen persönlichen Bezug („Heute ist ihr 3. Tag als Nichtraucher“) ist der Aufforderungscharakter hoch und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden motiviert, sich mit dem Programm auseinanderzusetzen.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die Maßnahme ist über das Internet jederzeit und für alle Raucherinnen und Raucher mit einem Zugang zu einem Computer erreichbar, sodass sie flexibel und zeitlich unabhängig angewendet werden kann. Durch die notwendige Anmeldung zum Programm ist aber eine relativ hohe Ausgangsmotivation nötig.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Die Durchführung des Programms ist strukturiert und durch die täglichen E-Mails des Anbieters vorgegeben. Die Raucherinnen und Raucher können die Tagesschwerpunkte zusätzlich auf der Homepage vertiefen. Auch alle anderen Teile des Programms sind dort hinterlegt, sodass jederzeit darauf zugegriffen werden kann, um Informationen aufzufrischen. Die Materialien sind im All-

gemeinen für die Zielgruppe gut verständlich. Die Texte sind möglichst einfach gehalten und durch Fragebogen, Checklisten und interaktive Konsumstatistiken werden die Inhalte aufgelockert. Die Navigation auf der Internetseite ist für unerfahrene Internetnutzer und -nutzerinnen teilweise etwas kompliziert, da sehr viele einzelne Links von den zentralen Seiten abgehen. Das Programm stellt darüber hinaus hohe Anforderungen an die Selbstdisziplin der Raucherinnen und Raucher sowie deren Ausdauer und Kontinuität, da der Erfolg des Programms maßgeblich davon abhängt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Materialien täglich selbstständig durcharbeiten und sich ausführlich mit dem Thema beschäftigen.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

In das Angebot sind einige Maßnahmen zur Zusatzbetreuung außerhalb des eigentlichen Programms integriert. So wird beispielsweise auf die Telefonberatung der BZgA sowie deren Selbsthilfematerialien verwiesen, die die Raucherinnen und Raucher zur Unterstützung in Anspruch nehmen können. Des Weiteren findet sich auf der Homepage ein Link zur Anbieterdatenbank des DKFZ und der BZgA, über die Beratungsangebote in der Umgebung recherchiert werden können. Letztlich bietet das Programm einmal wöchentlich ein Expertenforum und einen Chat an, in deren Rahmen Kontakt zu anderen Raucherinnen und Rauchern sowie Expertinnen und Experten möglich ist, um Probleme anzusprechen oder Fragen zu stellen.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Es liegt eine interne Evaluation des Programms aus dem Jahr 2008 vor. Dazu wurden Daten von allen 2819 registrierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Maßnahme aus dem Zeitraum Januar bis Juni 2007 ausgewertet. Untersucht wurde die 7-Tage-Punkt-Prävalenz sechs und zwölf Monate nach der Registrierung. Zum 6-Monats-Follow-up liegen Daten von 597 (21,2 %) Personen vor, und zum 12-Monats-Follow-up beteiligten sich noch 350 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (12,4 %). Auf Basis einer Intention-to-treat-Analyse ergaben sich Abstinenzquoten (7-Tage-Punkt-Prävalenz) von 9,8 % nach sechs Monaten sowie von 5,1 % nach zwölf Monaten. Als Maßnahme zur Erfolgskontrolle des Programms werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Beendigung der Maßnahme per E-Mail gebeten, sich an einer Nachbefragung im Internet zu beteiligen.

Ergebnisqualität – Verbreitung und Akzeptanz

Laut Angaben der BZgA haben sich im Jahr 2008 insgesamt 6367 Teilnehmerinnen und Teilnehmer für das Programm angemeldet.

| | |
|---------------------------------|--|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – computerbasierte Interventionen |
| Autor/Autorin, Anbieter: | Allgemeine Ortskrankenkassen AOK, www.ich-werde-nichtraucher.de |
| Zielgruppe: | Die Maßnahme ist prinzipiell uneingeschränkt für alle Raucherinnen und Raucher geeignet. Allerdings ist die Teilnahme auf Versicherte der AOK beschränkt. |
| Kosten: | Kostenlos |
| Dauer, Zeitaufwand: | Die Gesamtdauer des Programms erstreckt sich über ca. acht Wochen. Es ist eine individuelle Variation von einigen Tagen möglich, je nachdem, welchen Abstand die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer selbst zwischen den einzelnen Schritten festlegt. Für die Bearbeitung der acht einzelnen Bausteine sind jeweils zwischen 20 und 60 Minuten veranschlagt. |

Beschreibung der Maßnahme:

Bei dieser Maßnahme handelt es sich um ein computerbasiertes individuelles Briefprogramm. Zu Beginn füllt der Raucher bzw. die Raucherin einen Fragebogen zum Rauchverhalten und anderen rauchbezogenen Aspekten aus. Das Programm selbst gliedert sich in vier Phasen, zu denen jeweils zwei elektronische Briefe mit Informationen, Arbeitsblättern und Tipps versendet werden, die der Teilnehmer bzw. die Teilnehmerin intensiv durcharbeiten soll. Die erste Phase widmet sich der Selbstbeobachtung und Motivationsklärung und verfolgt das Ziel, den Entschluss zum Rauchstopp zu bekräftigen. In der Entscheidungs- und Vorbereitungsphase wird ein konkreter Termin zum Rauchstopp festgelegt, und es werden Rückfallrisiken bearbeitet. Zentraler Aspekt der „heißen“ Ausstiegsphase ist das Praktizieren alternativer Verhaltensweisen sowie die Stressreduktion. Die vierte und letzte Phase beschäftigt sich mit der neuen Identität als Nichtraucher und beinhaltet die Vorbeugung von Rückgefallgefahren.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Grundlage des Programms ist das Buch „Nichtrauchen und trotzdem schlank“ von Peter Lindinger, das wiederum auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prinzipien basiert. Ziel ist es, die Einstellung zum Rauchen und Nichtrauchen zu ändern und somit die Motivation zum Rauchstopp aufzubauen und zu stabilisieren. Durch das Erlernen von alternativen Verhaltensweisen soll ein neuer Lebensstil ohne Rauchen etabliert werden, der dabei hilft, langfristig eine stabile Identität als Nichtraucher aufzubauen.

Die Maßnahme begleitet den Raucher und die Raucherin über alle drei Phasen der Tabakentwöhnung (Vorbereitung, Beendigung, Stabilisierung), was sich in den einzelnen Phasen des Programms widerspiegelt. Ansatzpunkte sind die

kognitiv-emotional-motivationale Ebene sowie die Verhaltensebene. Zu den konkreten inhaltlichen Bausteinen gehören Wissensvermittlung (zum Rauchen und zu Methoden der Tabakentwöhnung), Selbstbeobachtung („Schachtelwickel“), kognitive Umstrukturierung rauchbezogener Einstellungen (durch Hinterfragen von Rauchmotiven), Selbstmanagement (Stimuluskontrolle), Kontingenzmanagement, Aufbau von Problemlöse- und sozialen Fertigkeiten, Stressbewältigung und Entspannung sowie Rückfallprävention.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

Es werden keine unrealistischen Erfolge versprochen, sodass die Maßnahme als glaubwürdig zu beurteilen ist.

Konzeptqualität – Transparenz

Die Teilnehmenden erhalten bereits vor der Anmeldung zum Programm alle nötigen Informationen bezüglich Dauer und Inhalten des Angebots. Auch die grundlegenden Konzepte und Annahmen zur Wirkung und zum Vorgehen sind klar ersichtlich.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Die AOK ist als Krankenkasse seit Langem im Gesundheitssektor tätig und hat neben dem Ausstiegsprogramm beispielsweise auch Selbsthilfematerialien zur Tabakentwöhnung entwickelt und herausgegeben.

Strukturqualität – Materialqualität

Die inhaltliche und formale Qualität der Materialien ist gut und die Informationen sind auf einem aktuellen wissenschaftlichen Stand. Durch die Individualisierung der Briefe anhand der eingangs beantworteten Fragebogen ist der Aufforderungscharakter hoch und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden persönlich motiviert, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die Maßnahme ist für AOK-Mitglieder jederzeit leicht zugänglich und zeitnah verfügbar. Die Nutzung setzt jedoch einen Computer und einen Internetanschluss voraus. Alle Informationen und bereits durchlaufene Teile des Programms sind jederzeit abrufbar. Für die Teilnahme an dem Programm ist eine Registrierung/Anmeldung notwendig. Somit ist die Maßnahme höherschwellig als andere Selbsthilfe Maßnahmen, da sie eine höhere Ausgangsmotivation voraussetzt.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Die Durchführung der Maßnahme ist gut strukturiert und für die Raucherinnen und Raucher klar ersichtlich. Nach der Anmeldung erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Briefe in selbst wählbaren Abständen. Die computerbasierte Erstellung und Versendung der Briefe gewährleistet, dass die einzelnen Teile des Programms in der richtigen Reihenfolge durchlaufen werden.

Im Allgemeinen ist die Maßnahme für die Zielgruppe gut verständlich. Die Sprache ist möglichst einfach gehalten. Durch Fragebogen und Arbeitsblätter werden wichtige Informationen und Teile herausgestellt und aufgelockert. Allerdings enthalten die einzelnen Briefe sehr viele Informationen, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgearbeitet werden sollen. Dies stellt vergleichsweise hohe Anforderungen an die Konzentration. Auch das Durcharbeiten der Arbeitsblätter sowie die einzelnen Übungen erfordern ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Selbstdisziplin.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Sowohl während als auch nach Abschluss des Programms steht den Teilnehmerinnen und Teilnehmern das AOK-Ratgeberforum „Rauchen und Nichtraucher“ zur Verfügung. Dies ermöglicht einen Austausch mit anderen Raucherinnen und Rauchern sowie Kontakt zu Expertinnen und Experten, die Fragen beantworten. Darüber hinaus sind Fakten zum Rauchen und häufig gestellte Fragen auch ohne Anmeldung zu dem Programm über die Homepage verfügbar.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Im Jahr 2008 wurde eine Evaluation des Programms durchgeführt. Dazu wurden die Daten von allen Raucherinnen und Rauchern, die bis Ende 2007 an der Maßnahme teilgenommen hatten, ausgewertet. Die Stichprobengröße variierte sehr stark in Abhängigkeit des Befragungszeitpunkts – der Startfragebogen lag von über 11 000 Personen vor, der Fragebogen zur 3-Monats-Nachbefragung nur von 644 Personen. Die Auswertungen zur kurz- und mittelfristigen Abstinenz beziehen sich auf Daten von knapp 2000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, von denen ein Fragebogen zwei bis drei Wochen nach dem Stoptag vorlag.

Den konservativen Auswertungen zufolge haben 36,2 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Programms einen Rauchstopp erreicht (kurzfristige Abstinenz nach zwei bis drei Wochen nach dem Rauchstopp). Weitere 24,5 % haben

den Konsum reduziert. Die verbleibenden knapp 40 % haben keinen Rauchstopp geschafft. In der 3-Monats-Nachbefragung ergab sich eine kontinuierliche Abstinenz von 27,2 %.

Im Rahmen der Erfolgskontrolle erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Programms nach Abschluss der Maßnahme zwei Nachbefragungsbogen (drei und zwölf Monate nach dem ersten rauchfreien Tag), mit denen der Erfolg des Programms überprüft werden soll.

Ergebnisqualität – Verbreitung und Akzeptanz

Nach Angaben der AOK gab es seit Einführung der Maßnahme insgesamt über 16 000 Anmeldungen. Allein 2008 haben demnach 4210 Versicherte am Programm teilgenommen.

Ab morgen: Nichtraucher!

| | |
|---------------------------------|--|
| Art der Maßnahme: | Selbsthilfe – computerbasierte Interventionen |
| Autor/Autorin, Anbieter: | bhv Software GmbH & Co. KG |
| Zielgruppe: | Das Programm richtet sich uneingeschränkt an alle Raucherinnen und Raucher. |
| Kosten: | 3,00 Euro |
| Dauer, Zeitaufwand: | Der tägliche Zeitaufwand ist sehr gering, da man nur die Anzahl der gerauchten Zigaretten eintragen muss. Die Gesamtdauer der Raucherentwöhnung, das heißt, die Zeit, die man benötigt, um Nichtraucher zu werden, hängt vom individuellen Fortschritt der Raucherinnen und Raucher ab und liegt bei ein paar Monaten. |

Beschreibung der Maßnahme:

Es handelt sich bei der Maßnahme um ein langsames Reduktionsprogramm. Zu Beginn wird der Raucher und die Raucherin nach der durchschnittlichen Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten sowie nach deren Stärke gefragt. Daraus wird die voraussichtliche Dauer der Entwöhnung abgeleitet und das endgültige Datum für den Rauchstopp festgelegt. Der Raucher bzw. die Raucherin soll täglich die Anzahl der von ihm bzw. ihr gerauchten Zigaretten eintragen. Für das Einhalten des vom Programm vorgegebenen Pensums werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vom Moderator gelobt sowie in Form von Bonuspunkten positiv verstärkt. Das Überschreiten der erlaubten Zigarettenmenge wird durch negative Kommentare, Minuspunkte sowie ggf. durch die Reduktion des Tageslimits bestraft. Darüber hinaus werden die Raucherinnen und Raucher durch kurze Sätze wie „Es muss besser werden“ motiviert, sich an das Tageslimit zu halten. Der Notfallknopf bietet die Möglichkeit, eine zusätzliche Zigarette zu erbitten.

Konzeptqualität – Spezifikation der Wirkmechanismen

Es wird keine explizite Erklärung für die Wirkung der Maßnahme gegeben, implizit orientiert sie sich an der operanten Lerntheorie. Durch die langsame, sukzessive Reduktion des Zigarettenkonsums soll der Körper vom Nikotin entwöhnt werden. Darüber hinaus wird durch den Einsatz positiver Verstärkung und Bestrafung die Motivation zur weiteren Zigarettenreduktion aufgebaut.

Das Programm unterstützt die Raucherinnen und Raucher in der konkreten Beendigungsphase der Tabakentwöhnung und setzt auf der Verhaltensebene an. Durch die Reduktion der täglichen Zigarettenmenge soll der Körper langsam vom Nikotin entwöhnt werden. Konkrete inhaltliche Komponenten sind neben der Reduktion vor allem positive und negative Verstärkung.

Konzeptqualität – Seriosität und Glaubwürdigkeit

Es werden keine unrealistischen Erfolge versprochen oder unglaubwürdige Aussagen getroffen.

Konzeptqualität – Transparenz

Während und nach der Installation des Programms auf dem Computer erhält der Anwender und die Anwenderin alle nötigen Informationen, die er bzw. sie zur Durchführung der Maßnahme braucht. Die Wirkmechanismen werden jedoch nicht beschrieben und bleiben offen.

Strukturqualität – Qualifikation des Verfassers/der Verfasserin

Ein spezifischer Anbieter wird nicht genannt. Qualifikation und Hintergrund des Verfassers oder der Verfasserin bleiben demnach unklar.

Strukturqualität – Materialqualität

Aufgrund der langen Anwendungsdauer, bei der sich täglich dasselbe Fenster öffnet, immer die gleiche Eingabe zu machen ist und wenig Abwechslung in der knappen Reaktion des Sprechers auftritt, wirkt das Programm insgesamt wenig ansprechend.

Strukturqualität – Erreichbarkeit/Verfügbarkeit der Maßnahme und Zugangswege

Die CD-ROM ist über den Buchhandel und das Internet jederzeit kurzfristig für alle Raucherinnen und Raucher verfügbar. Die Nutzung setzt jedoch einen Computer voraus. Es handelt sich um ein niederschwelliges Angebot.

Prozessqualität – Durchführung der Maßnahme

Die Anwendung ist strukturiert und richtet sich nach den Angaben, die bei der ersten Benutzung gemacht werden. Die Dauer des Programms hängt ausschließlich von der Anzahl der gerauchten Zigaretten ab. Die Maßnahme ist für die Zielgruppe allgemein verständlich. Es besteht die Möglichkeit, sich wiederholt die Instruktion anzuhören, falls etwas nicht verstanden wurde.

Prozessqualität – Zusatzbetreuung

Es wird keine Zusatzbetreuung angeboten.

Ergebnisqualität – Wirksamkeit und Erfolgskontrolle

Die Wirksamkeit der Maßnahme ist nicht untersucht, sodass keine Aussagen zur Effektivität möglich sind. Maßnahmen zur Erfolgskontrolle sind nicht implementiert.

8. Zusammenfassende Diskussion

Eine erste umfassende Übersicht und Diskussion bestehender Tabakentwöhnungsangebote in Deutschland wurde im Jahr 2000 erstellt (Kröger 2000). Zum damaligen Zeitpunkt konnten insgesamt 35 Selbsthilfeangebote und 15 Behandlungsmaßnahmen identifiziert werden, auf die ausstiegswillige Raucherinnen und Raucher zurückgreifen konnten. Gemessen an den 155 individuellen Selbsthilfeangeboten, die in der aktuellen Erhebung berücksichtigt werden konnten, hat sich die Anzahl dieser Angebote in den vergangenen zehn Jahren nahezu verfünffacht. Auch die Anzahl an Behandlungsangeboten im Einzel- sowie im Gruppensetting hat sehr stark zugenommen, sodass eine Aufzählung aller individuellen Angebote in diesem Fachheft nicht möglich war.

Neben der absoluten Anzahl ist auch das Spektrum der verfügbaren Hilfsangebote größer geworden. So werden beispielsweise neue Medien für die Tabakentwöhnung genutzt, die vor zehn Jahren kaum eine Rolle spielten. Insbesondere computerbasierte Ausstiegsprogramme sind hier zu nennen, über die individualisierte Maßnahmen zur Tabakentwöhnung realisiert werden können. Darüber hinaus wurden auch die Angebote zur telefonischen Beratung ausgebaut und um proaktive Komponenten ergänzt.

Ein entscheidendes Kriterium für die Bewertung der Qualität von Hilfsmaßnahmen stellt deren Wirksamkeit oder Effektivität dar. Leider sind die Ergebnisse der in Deutschland verfügbaren Tabakentwöhnungsmaßnahmen im Hinblick auf dieses wichtige Kriterium nach wie vor enttäuschend. Es liegen nur wenige wissenschaftliche Studien zu einzelnen Programmen vor. Für die Bewertung der Ergebnisqualität kann demnach nur auf indirekte Hinweise aus internationalen Meta-Analysen zurückgegriffen werden. Diese zeigen die höchsten Erfolgsquoten für die eher hochschwelligeren, verhaltenstherapeutisch orientierten Einzel- und Gruppenberatungen, deren Effektivität durch die Kombination mit pharmakologischen Interventionen noch erhöht werden kann. Alternative Interventionen konnten ihre Wirksamkeit bisher nicht belegen. Für niederschwellige Selbsthilfemaßnahmen finden sich nur geringe Effekte. Da die in Deutschland angebotenen und in den Verkaufslisten am höchsten rangierenden Selbsthilfemaßnahmen alternative Methoden verwenden, ist es fraglich, ob diese geringen Effekte überhaupt erreicht werden. Positive Evaluationsbeispiele liegen für die Gruppenprogramme „Nichtraucher in 6 Wochen“ und „Das Rauchfrei Programm“ vor, die fortlaufend evaluiert werden mit dem Ziel, die Maßnahmen kontinuierlich zu verbessern und die wissenschaftliche Diskussion über die Tabakentwöhnung in Deutschland zu fördern. Alle Kursleiter und -leiterinnen von „Das Rauchfrei Programm“ sind beispielsweise verpflichtet, im Rahmen des Qualitätsmanagements an der Programmevaluation teilzunehmen, die in einem jährlichen Bericht veröffentlicht wird. Um die Qualitätssicherung von Hilfsmaßnahmen zu fördern, wäre es hilfreich, entsprechende Regeln und Qualitätskriterien einzuführen, zu fordern, zu fördern und zu kontrollieren.

Ein Dilemma der Tabakentwöhnung ist darin zu sehen, dass gerade die Maßnahmen, die wissenschaftlich gut erforscht sind und sich als effektiv erwiesen haben (Einzel- und Gruppenberatungen), einen geringeren Aufforderungscharakter haben und schwerer zu erreichen sind als die weniger effektiven niederschwelligeren Angebote. Letztere setzen eine geringe Ausgangsmotivation voraus und versprechen bei einem relativ geringen finanziellen, zeitlichen

und intellektuellen Aufwand sehr hohe Erfolge, was sie für viele Raucherinnen und Raucher attraktiver erscheinen lässt. Beratungsangebote sind dagegen nicht so schnell verfügbar, sind häufig kostenintensiver und setzen eine höhere Frustrationstoleranz sowie eine aktive Mitarbeit voraus. Als Zwischenstufe zwischen niederschweligen Selbsthilfemaßnahmen und hochschweligen Beratungsangeboten sind Telefonberatungen und Onlineprogramme zu nennen. Diese ermöglichen ein individualisiertes Vorgehen bei guter Erreichbarkeit und niedrigen Kosten, was sie zu einem wichtigen Bestandteil der Angebotsstruktur macht.

Die Verfügbarkeit der Angebote erscheint insgesamt besser, schneller und somit niederschweliger geworden zu sein. Unklar ist jedoch, ob das breitere Angebot zu einer höheren Nutzung und Akzeptanz führt, denn die Nutzungsgewohnheiten der Raucherinnen und Raucher und die Inanspruchnahme spezifischer Angebote sind weitgehend unbekannt. Die letzten verlässlichen Zahlen zur Nutzung von Hilfsmitteln bei der Tabakentwöhnung stammen aus dem Jahr 2001 (Kraus und Augustin 2001). Von den Personen, denen es gelang, mit dem Rauchen aufzuhören, hatten weniger als 5 % bestimmte Angebote genutzt (Selbsthilfematerialien 2,8 %, Nikotinpflaster 1,5 %, Nikotinkaugummis 1,0 %, Akupunktur 0,8 %, Entwöhnungskurse oder -seminare 0,4 %). In einer anderen Befragung (Meyer et al. 2000) hatten weniger als 9 % aller, die einen Aufhörversuch (egal, ob erfolgreich oder erfolglos) unternommen hatten, eine Hilfsmaßnahme in Anspruch genommen. Auch wenn keine zuverlässigen aktuellen Daten vorliegen, ist nicht davon auszugehen, dass sich der Prozentsatz der Nutzer und Nutzerinnen nichtmedikamentöser Maßnahmen in den letzten Jahren deutlich erhöht hat. Die Akzeptanz von Hilfsmaßnahmen unter Raucherinnen und Rauchern war und ist weiterhin gering. Vor dem Hintergrund, dass die überwiegende Mehrheit sich das Rauchen ohne Hilfsmittel abgewöhnt, erscheint dies verständlich. Grundsätzlich bevorzugen Raucherinnen und Raucher es, allein und ohne Hilfsmittel aufzuhören, auch wenn die Forschung zeigt, dass der einzelne Aufhörversuch um ein Vielfaches erfolgreicher sein könnte, wenn ein entsprechendes Hilfsmittel hinzugezogen würde.

Daher ist es sinnvoll, die Raucherinnen und Raucher für die Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen zu motivieren und zu unterstützen. Die Bekanntmachung insbesondere der hochschweligen Angebote hat sich in den letzten Jahren verbessert. Über die Internetauftritte der Krankenkassen, die Anbieterdatenbank des DKFZ und der BZgA (anbieter-raucherberatung.de) sowie das Nichtraucherportal rauchfrei.de oder die Homepages einzelner Programmanbieter kann man sich über Termine, Veranstaltungsorte und Anbieter infor-

mieren. Betriebe und Arztpraxen treten als Anbieter oder Vermittler auf, sodass Raucher und Raucherinnen schneller und auch einfacher an hochschwellige Angebote angebunden werden können. Allerdings ist die Angebotsstruktur nach wie vor unzureichend und nicht flächendeckend. Laut Etzel et al. (2008) existieren in Deutschland etwa 3000 Behandlungsangebote, mit denen pro Jahr etwa 250 000 Raucherinnen und Raucher behandelt werden können. Auf die Gesamtzahl in der Bundesrepublik hochgerechnet bedeutet dies, dass weniger als 2 % der Raucherinnen und Raucher an einem Tabakentwöhnungsangebot teilnehmen können, wobei in Westdeutschland fast doppelt so viele Angebote wie in Ostdeutschland bestehen.

Das vielfältigere Angebot an Hilfsmaßnahmen bedeutet nicht unbedingt einen Vorteil. Eine Auswahl und Entscheidung zu treffen, wird bei der Angebotsvielfalt eher schwieriger. Da das Kriterium der Wirksamkeit aufgrund fehlender Evaluationsstudien kaum eine Entscheidungshilfe darstellt, werden Seriosität, Spezifikation und Transparenz der Wirkmechanismen sowie Verbreitung und Akzeptanz wichtige Bewertungskriterien. Insbesondere Selbsthilfemaßnahmen und alternative Methoden, für die es keine bzw. nur sehr geringe Wirksamkeitsnachweise gibt, werben mit unglaubwürdigen und unseriösen Inhalten, indem sie sehr hohe und dauerhafte Erfolgsquoten ohne Entzugserscheinungen oder Gewichtszunahme versprechen. Gelegentlich werden eigene Befragungsergebnisse von den Anbietern vorgelegt. Um für den Verbraucher eine bessere Vergleichbarkeit zu erreichen, wäre es vorstellbar, dass von offiziellen Institutionen ein Standard für die Durchführung, Auswertung und Darstellung von Nachbefragungen erstellt wird. Dies könnte beispielsweise von den Krankenkassen, die Angebote der Tabakentwöhnung erstatten, eingeführt und gefordert werden. International gibt es bereits entsprechende Standards (Russell-Standard; West et al. 2005).

Positiv hervorzuheben ist, dass viele Entwöhnungsangebote Angaben zu den angenommenen Wirkmechanismen machen und diese auch mehr oder weniger detailliert an die Raucherinnen und Raucher vermittelt werden. Eine Ausnahme bilden hier einige Selbsthilfemaßnahmen sowie alternative Methoden, deren Wirkweise unklar bleibt. Implizit stellen insbesondere die Angebote, die mit sehr hohen Erfolgsquoten werben, einen attraktiven Wirkmechanismus in Aussicht, indem das Aufhören ohne eigene Anstrengungen passiert und Willensanstrengungen unnötig und sogar kontraproduktiv sind. Nur das Zuhören bzw. Lesen und das genaue Befolgen der Anweisungen sind demnach notwendig, um erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören.

Es gibt Hilfsangebote für alle Phasen und Ebenen der Tabakentwöhnung. So sind Maßnahmen sowohl für die Vorbereitungs- als auch für die konkrete Beendigungs- und die Stabilisierungsphase verfügbar. Darüber hinaus werden die kognitiv-emotional-motivationale, die Verhaltens- sowie die physiologisch-biologische Ebene berücksichtigt. Viele Angebote setzen ihren Schwerpunkt auf jeweils einen Bereich, multimodale Programme schließen alle Bereiche ein. Entsprechend der jeweils einbezogenen Phasen kommen auch zahlreiche unterschiedliche inhaltliche Komponenten zum Einsatz. Mit unterschiedlicher Intensität wird von den Programmanbietern die Überlegenheit der eigenen Methode dargestellt, teilweise in Abgrenzung und Geringschätzung der anderen Verfahren. Aus Sicht der Forschung ist jedoch unklar, welche spezifischen Ebenen und Komponenten für den Erfolg einer Maßnahme entscheidend sind bzw. wie die einzelnen Bestandteile gewichtet werden sollten, um möglichst effektiv zu sein. Dies ist eine wichtige Fragestellung für zukünftige Aktivitäten im Bereich der Wirksamkeitsforschung. In diesem Zusammenhang ist auch zu untersuchen, ob es überhaupt spezifische inhaltliche Komponenten sind, die den Erfolg einer Maßnahme ausmachen, oder ob nicht vielmehr allgemeine und unspezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie (siehe Kapitel 2) von Bedeutung sind.

9. Literaturverzeichnis

- Abbot, N. C., Stead, L. F., White, A. R., Barnes, J., Ernst, E. (2000): Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, CD001008.
- American Psychiatric Association (1994): *DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2004): *Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- Babor, T. F., Del Boca, F. K. (2002): *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Batra, A. (2000): *Tabakabhängigkeit. Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Baumeister, S., Kraus, L., Stonner, T., Metz, K. (2008): Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S26–S35.
- Bergmann, L., Warncke, W., Herschel, M. (2004): Bupropion SR als Unterstützung in der Raucherentwöhnung rückfälliger Raucher: Ergebnisse einer offenen multizentrischen Studie in Deutschland. *Pneumologie*, 58, 140–146.
- Bregelmann, J. C. (1977): *Informationen und Anleitungen zur Behandlung des Rauchens*. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 27. Stuttgart: Kohlhammer.
- Breslau, N., Novak, S. P., Kessler, R. C. (2004): Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 34, 323–333.
- Bronisch, T., Höfler, M., Lieb, R. (2008): Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study. *Journal Of Affective Disorders*, 108, 135–145.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Cahill, K., Stead, L. F., Lancaster, T. (2008): Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, CD006103.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2005): *Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2009): *Tabakatlas Deutschland 2009*. Heidelberg: Steinkopff Verlag.
- 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., Rigotti, N. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., McNeill, A. D. et al. (2002): Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11, 228–235.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Etzel, M., Mons, U., Schmitt, S., Lang, P., Pötschke-Langer, M. (2008): Raucherentwöhnung in Deutschland 2007. Struktur der ambulanten Therapieangebote zur Tabakentwöhnung und Raucherberatung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 1453–1461.
- Etter J. F., Burri M., Stapleton J. (2007): The impact of pharmaceutical company funding on results of randomized trials of nicotine replacement therapy for smoking cessation: a meta-analysis. *Addiction*, 102, 815–822.
- Felten, D., Raupach, T., Sessler, C., Luthje, L., Hasenfuss, G., Andreas, S. (2006): Effektivität eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnungsprogramms mit pharmakologischer Unterstützung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131, 197–202.
- Festinger, L. (1957): *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, T. B., Benowitz, N. L., Curry, S. J. et al. (2008): *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services.
- Garfinkel, L., Stellman, S. D. (1988): Smoking and lung cancer in women: Findings in a prospective study. *Cancer Research*, 48, 6951–6955.
- Goldapp, C., Mann, R., Shaw, R. (2005): *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*. Gesundheitsförderung konkret, Band 4. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Gradd, S., Kröger, C., Flöter, S., Piontek, D. (2009): Der Transfer theoretischer Richtlinien in die Praxis: Evaluation eines modernen Tabakentwöhnungsprogramms. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 30 (2), 169–185.
- Grawe, K. (1995): Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130–145.
- Hasford, J., Fagerström, K. O., Hausteine, K. O. (2003): A naturalistic cohort study on effectiveness, safety and usage pattern of an over-the-counter nicotine patch. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 59, 443–447.
- Hausteine, K. O. (2001): *Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O. (1991): The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119–1127.
- Hoch, E., Franke, A., Sonntag, H., Jahn, B., Mühlig, S., Wittchen, H.-U. (2004): Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung – Chance oder Fiktion? *Suchtmedizin*, 6 (1), 47–51.
- Hoch, E., Kröger, C. (2006): Nikotinabhängigkeit. In: Wittchen, H.-U., Hoyer, J. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, S. 661–674. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Huber, D., Gastner, J. (2003): Raucherentwöhnung: Ein empirischer Vergleich von Verhaltenstherapie, Nikotinersatz und deren Kombination. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 24, 167–185.
- Hughes, J. R., Stead, L. F., Lancaster, T. (2007): Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, CD000031.
- Hutter, H., Moshammer, H., Neuberger, M. (2006): Smoking cessation at the workplace: 1 year success of short seminars. *International Archives Of Occupational And Environmental Health*, 79, 42–48.
- John, U., Hanke, M. (2001): Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Gesundheitswesen*, 63, 363–369.
- Junge, B., Nagel, M. (1999): Das Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 61, S121–S125.
- Kraus, L., Augustin, R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (Sonderheft 1), S1–S87.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., Müller, S. (2010): Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995–2009. *Sucht*, 56, 337–348.
- Kröger, C. (2000): *Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Gesundheitsförderung konkret, Band 2. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Kröger, C., Krumbiegel, H., Meiners, F. (1999): *Quitting of smoking – which methods are used successfully and what is recalled to be most important?* Posterpräsentation. Second European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco SRNT. London, England.
- Lancaster, T., Stead, L. F. (2005a): Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, CD001292.
- Lancaster, T., Stead, L. F. (2005b): Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, CD001118.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B. et al. (2000): Epidemiologie des Konsums, Mißbrauch und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46, 18–31.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985): *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.) (2009): *Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung*. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., John, U. (2000): Inanspruchnahme von Hilfen zur Erlangung der Nikotin-Abstinenz. *Sucht*, 46, 398–407.
- Meyer, C., Ulbricht, S., Baumeister, S. E., Schumann, A., Ruge, J., Bischof, G. et al. (2008): Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice: a quasi-randomized controlled trial to examine the efficacy of computer-tailored letters and physician-delivered brief advice. *Addiction*, 103, 294–304.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002): *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Moshammer, H., Neuberger, M. (2007): Long term success of short smoking cessation seminars supported by occupational health care. *Addictive Behaviors*, 32, 1486–1493.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M. (2000). *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. Oxford: Oxford University Press.
- Schröter, M., Collins, S. E., Frittrang, T., Buchkremer, G., Batra, A. (2006): Randomized controlled trial of relapse prevention and a standard behavioral intervention with adult smokers. *Addictive Behaviors*, 31, 1259–1264.
- Schumann, A., Hapke, U., John, U. (1999): Selbsthilfemanuale zur Raucherentwöhnung: Bewertung anhand inhaltlicher und formaler Kriterien. *Sucht*, 45 (4), 250–262.
- Schumann, A., John, U., Baumeister, S. E., Ulbricht, S., Rumpf, H. J., Meyer, C. (2008): Computer-tailored smoking cessation intervention in a general population setting in Germany: outcome of a randomized controlled trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 10, 371–379.
- Stead, L. F., Lancaster, T. (2005): Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, CD001007.
- Stead, L. F., Bergson, G., Lancaster, T. (2008): Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, CD000165.
- Stead, L. F., Perera, R., Lancaster, T. (2006): Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, CD002850.
- Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Lancaster, T. (2008): Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, CD000146.
- Stumpfe, K.-D., Vähjunker, A., Kulig, P. (1992): Ursachen für Rückfälle bei Nikotinabstinenz. *Psycho-medicin*, 4, 48–51.
- US Department of Health and Human Services (2004): *The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U. S. Department of Health and Human Services.
- Welte, R., König, H. H., Leidl, R. (2000): The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health*, 10, 31–38.
- West, R., Hajek, P., Stead, L., Stapleton, J. (2005): Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for the common standard. *Addiction*, 100, 299–303.
- White, A. R., Rampes, H., Campbell, J. L. (2006): Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, CD000009.
- World Health Organisation (1992): *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Zernig, G., Wallner, R., Grohs, U., Kriechbaum, N., Kemmler, G., Saria, A. (2008): A randomized trial of short psychotherapy versus sustained-release bupropion for smoking cessation. *Addiction*, 103, 2024–2031.

10. Anhang: Liste der identifizierten Selbsthilfemaßnahmen

| BÜCHER | | |
|----------------------------|-------|--|
| Autor/Autorin | Jahr | Titel |
| Abresch, J. | 2004 | Leichter Nichtraucher. Die Erfolgsmöglichkeiten bewährter Strategien durch einen neuen Ansatz verbessern |
| Anichhofer, A. | 2009 | Endlich Rauchfrei für immer |
| Back, S. | 2006a | Der sichere Weg zum Nichtraucher |
| Back, S. | 2006b | Ohne Angst Nichtraucher werden |
| Back, S. | 2008 | Stop – Schluss mit dem Rauchen |
| Backhaus, M. | 2007 | Nie mehr Rauchen. Der schnellste Weg zur letzten Zigarette |
| Baklayan, A. E. | 2007 | Nichtraucher – Jetzt werden – und rauchfrei bleiben |
| BARMER | o. J. | Tabak |
| BARMER, DHS | 2008 | Ich rauche. Ich rauche nicht. Ich werde ... Rauchfrei! |
| BARMER, DHS | 2006 | Raucherzimmer Ade! Ein Leitfaden zur Tabakentwöhnung für Lehrkräfte |
| Barth, W. | 2007 | Sich von Rauch-Sucht befreien |
| Bartholomäus, U., Kunz, M. | 2004 | Einfach nicht mehr rauchen. Der Fahrplan zum erfolgreichen Ausstieg |
| Batra, A., Buchkremer, G. | 2008 | Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten |
| Bauer, F. W. | 2005 | Die Rauchgiftfalle. Die heimliche Angst der Raucher vor dem Nichtrauchen |
| Bern, A. | 2009 | Aufatmen und Nichtraucher werden |
| BKK | 2005 | Rauchen oder nicht rauchen? Leitfaden für Selbsthilfegruppen |
| Braun, J. P. | 2007 | Smokeless. Zeitgemäße Betrachtungen eines ex-rauchenden Künstlers |
| Brizer, D. | 2009 | Nicht mehr rauchen für Dummies |
| BZgA | 2008a | Ja, ich werde rauchfrei |
| BZgA | 2008b | Das Baby ist da. Rauchfrei nach der Geburt |
| BZgA | 2008c | Ich bekomme ein Baby. Rauchfrei in der Schwangerschaft |

| Autor/Autorin | Jahr | Titel |
|----------------------------------|-------|---|
| BZgA | 2008d | Rauchfrei am Arbeitsplatz |
| Carewicz, O., Carewicz, D. B. | 2004 | Nie wieder Rauchen! GU-Ratgeber Gesundheit |
| Carr, A. | 1992 | Endlich Nichtraucher! Der einfache Weg, mit dem Rauchen Schluss zu machen |
| Carr, A., An- dreas-Hoole, I. | 1998 | Endlich Nichtraucher (Zigarettschachtel- format) |
| Carr, A. | 2000a | Für immer Nichtraucher! Der einfache Weg, dauerhaft mit dem Rauchen Schluss zu machen |
| Carr, A. | 2000b | Endlich Nichtraucher! Geschenkausgabe |
| Carr, A. | 2005 | Nichtraucher-Tagebuch: 365 unterstützende Gedanken |
| Carr, A. | 2006 | Endlich Nichtraucher – für Frauen. Der ein- fache Weg, mit dem Rauchen Schluss zu machen |
| Carr, A. | 2007 | Endlich Nichtraucher für Lesemuffel! Es ist leichter als Sie denken, mit dem Rauchen Schluss zu machen |
| Carr, A. | 2008 | Das große Allen-Carr-Nichtraucher-Buch. Zwei Bücher in einem Band „Endlich Nichtraucher!“ „Für immer Nichtraucher!“ |
| Carr, A. | 2009 | Endlich Nichtraucher für Lesemuffel – für Frauen. Es ist leichter als Sie denken, mit dem Rauchen Schluss zu machen |
| Dahlke, R., Dahlke, M. | 2000 | Die Psychologie des blauen Dunstes. Bedeutung und Chance des Rauchens |
| DAK | 2007 | Zug um Zug auf null ... |
| Deutsche Krebs- hilfe | 2008 | Aufatmen – Erfolgreich zum Nichtraucher |
| Dunkel, M. R. | 2009 | Nichtraucher werden – und bleiben: Warum Sie rauchen und wie Sie dauerhaft aufhören können |
| Elsner, D. | 2003 | Der zuverlässige Weg zum Nichtraucher. Ihr Begleiter für die ersten 30 Tage |

| BÜCHER | | |
|---|------|--|
| Autor/Autorin | Jahr | Titel |
| Engelbrecht, C. | 2004 | Leben ohne Nikotin. Die Kräuterzigarettensmethode |
| Ericksen, B. | 2007 | Auferstanden aus der Asche. Aus dem Tagebuch eines angehenden Nichtraucher |
| Forster, M. | 2006 | Zigarette sich, wer kann! Das einzig wahre Aussteigerbuch |
| Frädrich, S. | 2004 | Luft! Ganz einfach Nichtraucher |
| Frädrich, S., Baum, T. | 2006 | Günter, der innere Schweinehund, wird Nichtraucher. Ein tierisches Gesundheitsbuch |
| Frädrich, S., Frädrich, C., Buckert, I. | 2007 | Rauchfrei glücklich. Der Weg zum Nichtrauchen |
| Franke, R., Franke, R. | 2007 | Ab sofort Nichtraucher: Klopfen Sie sich rauchfrei mit Meridian-Energie-Technik |
| Gaschler, T. | 2008 | Frei vom Rauchen mit der Psychosomatischen Nikotin-Entwöhnungsmethode |
| Gaschler, T. | 2005 | Selbst-Hypnose. Erfolgreiche Beseitigung von ungewünschten Gewohnheiten, Abhängigkeiten und persönlichen Mängeln durch Selbsthypnose im Selbstunterricht |
| GEK | 2006 | Kalter Rauch. Tipps zum Aufhören |
| GEK | 2004 | Rauchfrei am Arbeitsplatz |
| Geurtz, J. | 2008 | Aufatmen! In nur einem Tag endgültig zum Nichtraucher. Ohne Gewichtszunahme zum Erfolg |
| Herzog, D. | 2003 | Nichtraucher, ohne Entzugserscheinungen, ohne Gewichtszunahme. Emotionales Training – Weiterentwicklung des mentalen Nichtrauchertrainings |
| Heyder, W. | 2005 | Stop Smoking. Drei Schritte zum Nichtraucher |
| Hilger, T. | 2007 | Mein Nichtraucherstagebuch: Gedanken eines Ex-Rauchers. Rauchfrei werden – Ratgeber für Betroffene |

| Autor/Autorin | Jahr | Titel |
|--|------|---|
| Ilies, A. | 2008 | Die Nichtraucher-Diät |
| Kaltwasser, V. | 2005 | Der sanfte Weg zum Nicht-Rauchen |
| Kerckhoff, A., Michalsen, A. | 2005 | Was tun zur Raucherentwöhnung? |
| Kraft, B. | 2007 | Durch Hypnose zum Nichtraucher: Rauchen kann man verlernen. Mit Hör-CD und Selbsthypnoseübungen |
| Kröger, I., van Hoorn, B. | 2006 | Mit Leichtigkeit zum Nichtraucher: Klopfakupressur für dauerhaften Erfolg |
| Krupka, J. | 2009 | Wer Raucher küsst, schleckt auch Aschenbecher aus. Rauchfrei – Sofort |
| Kumari, E. | 2008 | Statt Rauchen! Die beste Alternative zur Kippe |
| Lederer, R. D. | 2009 | Raucherentwöhnung und Gewichtsreduktion mit Reiki. Anleitung zur Nutzung der durch Reiki hervorgerufenen Trance |
| Leibold, G. | 2004 | Nie wieder rauchen: so klappt's endlich |
| Lesch, O. M., Auff, E., Bäwert, A. | 2007 | Raucherentwöhnung. Tipps zur Prävention und Therapie in der Praxis |
| Licht, C. | 2007 | Vernebele Dir nicht das Leben. Die psychologischen Ursachen des (Weiter-)Rauchens |
| Lindinger, P. | 2004 | Nichtrauchen und trotzdem schlank! Die Methode mit Köpfchen |
| Loboda, D. | 2004 | Tipps und Tricks zur Rauchentwöhnung. Motivationen contra Nikotin |
| Lohmann, B. | 2009 | Frau Schmitt, die Zigaretten und Sie. Ratgeber zur Tabakentwöhnung |
| McKenna, P. | 2008 | Ab heute Nichtraucher! Dauerhaft aufhören ohne Gewichtszunahme |
| Meyer, G. | 2006 | Otto von Qualm. Ein Nikotinteufler auf dem Weg durch die Hölle |
| Meyer, G. | 2009 | Otto von Qualm. Rauchfrei mit Humor |
| Neumayer, P. | 2006 | Nichtraucher – aber bitte für immer! Schon 1000-mal probiert? So bleiben Sie rauchfrei! |

| BÜCHER | | |
|-----------------------------|------|---|
| Autor/Autorin | Jahr | Titel |
| Pawlak, M. | 2008 | Schluss! Fertig! Aus! mit dem Rauchen! Der sichere und einfache Weg, Nichtraucher zu sein |
| Redieck, M., Schade, A. | 2008 | Spaßtherapie zum Nichtraucher und Anti-alkoholiker |
| Rensenbrink, V. | 2008 | einfach nicht rauchen punkt |
| Rockensüß, S. | 2008 | Vom Rauchen frei mit EFT. Wie Sie den Drang zu rauchen mit EFT-Klopfen einfach auflösen |
| Schlaméus, T. | 2005 | ZEN – oder die Kunst, das Rauchen endlich aufzugeben |
| Schlaméus, T. | 2006 | ZEN – oder die Kunst, vom Rauchen zu lassen |
| Schmitt, R. | 2008 | Nichtrauchen lernen. Mach mit – hör auf! |
| Schoberberger, R. | 2008 | Rauchstopp ohne Kilo-Flop: Nichtraucher werden, ohne zuzunehmen |
| Schrattenthaler, C. | 2003 | Ein einfacher Weg zum Nichtraucher |
| Schweikart, U. | 2004 | Wie man sich das Rauchen abgewöhnt |
| Schweizer, C. C. | 2009 | Vom blauen Dunst zum frischen Wind: Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung in 5 Sitzungen |
| Seu, S. | 2001 | Das Frauen-Nichtraucher-Buch: Schön, stark und unabhängig ohne Zigaretten |
| Siefken, J. | 2008 | Wegweiser zum Nichtraucher: Endlich Schluss mit dem Rauchen |
| Treusch, D. | 2008 | Klopfen gegen Rauchen. Einfach aufhören. Energetische Psychologie praktisch |
| Unland, H. | 2000 | Der Raucher-Ratgeber. Nichtraucher werden und bleiben. Mit frischem Wind gegen den blauen Dunst |
| von Cramm, D., Levié, J. | 2007 | Stop Smoking – Stay Slim. Der einzige Weg, Nichtraucher zu werden und trotzdem schlank zu bleiben |

| Autor/Autorin | Jahr | Titel |
|-----------------------|------|---|
| von Schönburg, A. | 2003 | Der fröhliche Nichtraucher. Wie man gut gelaunt mit dem Rauchen aufhört |
| Weiers-Croissant, K. | 2001 | Anstiftung zum Nichtrauchen. Zündende Ideen, die Ihnen helfen |
| Weiers-Croissant, K. | 2008 | Anstiftung zum Nichtrauchen. Zündende Ideen für Ihren Rauchstopp |
| Winter, A. | 2008 | Der Psychocoach 1: Nikotinsucht – der große Irrtum. Warum Nichtrauchen so einfach sein kann! Mit Starthilfe-CD! |
| Woods, D., Engler, E. | 2008 | Go InSide. Das David-WOODS-Hypnose-Programm: In 3 Schritten abnehmen, nicht-rauchen und selbstbewusster werden |
| Zacker, C. | 2008 | Care-Paket Nie wieder rauchen!: Das Rundum-Wohlfühlprogramm für gesunde Momente |
| Zittlau, J. | 2000 | Nicht mehr rauchen und dabei schlank bleiben |
| DVDs | | |
| Bickel, W. | 2008 | Nichtraucher werden und bleiben – Das Effektive Stop-Smoking-Coaching |
| Carr, A. | 2006 | Endlich Nichtraucher |
| Frädrich, S. | 2007 | Nichtraucher in 5 Stunden |
| Hepburn, S. | 2008 | Stop Smoking – Nichtraucher in einer Stunde |
| Jedicke, G. | 2004 | Raucherentwöhnung – Adipositas. Erfolgreiche Therapie mit Akupunktur |
| Ulene, A. | 2005 | Die letzte Zigarette |
| o. A. | 2007 | Endlich Rauchfrei – Nichtraucher in einer Woche |

| CDs | | |
|--------------------------------|-------|---|
| Autor/Autorin | Jahr | Titel |
| Barth, W. | 2007 | Sich von Rauchsucht befreien |
| Beckers, F., Schlaak, H. | 2008 | Raucherentwöhnung. Selbsthypnose CD |
| Bormann, M. | 2005 | Raucherentwöhnung |
| Carr, A. | 2007 | Endlich Nichtraucher |
| Carr, A. | 2007 | Endlich Nichtraucher (155 Minuten) |
| Carr, A. | 2008 | Endlich Nichtraucher (338 Minuten) |
| Conrad, T., Kusatz, H. | 2008 | Rauchen |
| Dahlke, R. | 2003 | Rauchen. Frei werden von Abhängigkeit Selbstheilungsprogramm |
| Eberwein, W. | 2004 | Nichtraucher durch Selbsthypnose. Das etwas andere Entwöhnungsprogramm |
| Engel, S. | 2009 | Entspannt Nichtraucher: Mit QiGong gesünder leben |
| Enkelmann, N. | 2007 | Raucherentwöhnung. Vom Raucher zum konsequenten Nichtraucher |
| Frädrich, S., Baum, T. | 2007 | Günter, der innere Schweinehund, wird Nichtraucher. Ein tierisches Gesundheits- buch |
| Freitag, E. F. | 2006 | Nichtraucher. Gesünder und freier zu leben ohne zu rauchen |
| Garattoni, J.-P. | 2006 | Easy Nichtraucher Sein. Geführte Übungen zur Raucherentwöhnung mit Musik |
| Garattoni, J.-P., Weber, P. | 2004 | Anti-Raucher-Programm/Geführte Übungen zur Raucherentwöhnung |
| Gaschler, T. | 2007a | Frei vom Rauchen durch Autogen-Hypnose. Die sichere Methode, um das Rauchen für immer aufzugeben. Rauchen aufhören und Nichtraucher werden. Der zuverlässige Nichtraucherkurs zur Nikotinentwöhnung |
| Gaschler, T. | 2007b | Frei vom Rauchen durch Autogen-Hypnose für Schwangere und diejenigen, die es wer- |

| Autor/Autorin | Jahr | Titel |
|--------------------------------------|-------|---|
| Grünn, H. | 2002 | den wollen. Das Nichtraucherprogramm für das Rauchen in der Schwangerschaft |
| Hartmann, M. | 2008 | Einfach zuhören und Nichtraucher werden |
| | | Spielerisch zum Nichtraucher, Nie wieder rauchen! Durch positive Suggestionen gewöhnen Sie sich das Rauchen ab und das im wahrsten Sinne des Wortes im Schlaf |
| Hepburn, S. | 2005 | Nichtraucher in 60 Minuten |
| Herfurth, F. | 2006 | Rauchfrei, ein Leben ohne Rauchen |
| Herzog, D. | 2003 | Mentales Nichtrauchertraining |
| Kaltwasser, V. | 2002 | Der sanfte Weg zum Nicht-Rauchen |
| Kruse, D. | 2006 | Einfach gelassen ... Vom Raucher zum Nicht(b)raucher |
| Meier, J., Miller, A. | 2000 | Nichtrauchen mental trainieren |
| Moser, T. F., Loos, G., Stoll, D. | 2008 | Jetzt rauchfrei! Das Nichtraucher-Programm zum Hören |
| Neumann, M. | 2007a | Besser und leichter ... mit dem Rauchen aufhören! Audio-Ratgeber und Auto-Suggestions-System |
| Neumann, M. | 2007b | Besser und leichter ... mit dem Rauchen aufhören! Audio-Ratgeber und Overnight(Schlaf)-Suggestions-System |
| Neumann, M. | 2007c | Besser und leichter ... mit dem Rauchen aufhören! Audio-Ratgeber und Suggestions-/Hypnose zur Lebenshilfe CD |
| Petschmann, C. | 2007 | Aufhören: Ein zielsicherer Weg zum Nichtraucher |
| Saint Clair, P. | 2005 | Rauchfrei-Meditations-CD |
| Schneidereit, G. | 2006 | Nichtraucher durch Tiefenhypnose |
| Unestähl, L. E. | 2008 | Rauchfrei. Nichtraucher werden und bleiben mit Selbsthypnose |
| Wallner-Desbalmes, R. | 2007 | Rauchentwöhnung leicht gemacht. Suggestions-Programm mit hypnotischer Wirkung: Der einfachste Weg Nichtraucher zu werden und zu bleiben |

| Computerbasierte Interventionen | | |
|---------------------------------|-------|---|
| Autor/Autorin | Jahr | Titel |
| AOK | o. J. | Nichtrauchertraining – ich-werde-nicht-raucher.de |
| bhv Software GmbH | 2007 | Ab morgen: Nichtraucher! |
| BZgA | o. J. | Rauchfrei-Ausstiegsprogramm rauchfrei-info.de |
| Covus GmbH & Co. KG | 2004 | Nichtraucherportal nichtraucher.de |
| DAK | o. J. | Onlineportal dak-rauchstopp.de |
| Engler, M. | 1999 | Online-Nichtraucherkurs sucht-frei.de |
| Europäische Union | 2009 | HELP – Ich möchte aufhören – Dein persönliches Erfolgsprogramm |
| Hypnosepartner | 2006 | freeware.de Rauchstopp – Der Weg zum Nichtraucher (Software) |
| Kammerer, T. | 2009 | Rauchfrei – aufhören zu rauchen (App für iPhone und iPod Touch) |
| rondomedia GmbH | 2004 | Jetzt endgültig Nichtraucher |
| Satow, L. | 2007 | Online-Nichtraucherprogramm stop-simply.de |
| Techniker Krankenkasse | o. J. | TK-Nichtrauchercoach |
| Ubisoft | 2008 | Mein Nichtraucher Coach von Allen Carr (für Nintendo DS) |
| Wagner, K., Dumont, S. | 2003 | kicknic.de |
| xx-well.com; Men's Health | 2007 | Stop-Smoking-Coach |

Fachheftreihe „Gesundheitsförderung konkret“

- Band 1: *Bewegungsförderung im Kindergarten. Kommentierte Medienübersicht*
Von Renate Zimmer unter Mitarbeit von Ursula Licher-Rüschchen und Janet Mandler
Best.-Nr. 60641000 (Printversion vergriffen; nur als PDF-Datei verfügbar)
- Band 2: *Raucherentwöhnung in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht*
Von Christoph Kröger unter Mitarbeit von H. Sonntag und R. Shaw (IFT Institut für
Therapieforschung, München) (3. erweiterte und überarbeitete Aufl. 2011)
Best.-Nr. 60642000
- Band 3: *Stillen und Muttermilch – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen* (neue, erweiterte
und überarbeitete Auflage)
Best.-Nr. 60643000
- Band 4: *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und
Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Thomas Böhler, Martin Wabitsch u. a.
Best.-Nr. 60644000
- Band 5: *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz –
Beispiele – Weiterführende Informationen*
Von Frank Lehmann, Raimund Geene, Lotte Kaba-Schönstein u. a. (5. Aufl. 2011)
Best.-Nr. 60645000
- Band 6: *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland – Grundlagen
und kommentierte Übersicht*
Von Anneke Bühler und Kathrin Heppekausen (IFT Inst. für Therapieforschung, München)
Best.-Nr. 60646000
- Band 8: *Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland –
Quantität und Qualität von Angeboten im Zeitraum 2004–2005*
Ein Forschungsprojekt im Auftrag der BZgA, durchgeführt durch das Universitätsklini-
kum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie, Forschungsgruppe Qualitätssicherungsforschung unter Leitung
von Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. Thomas Kliche und Prof. Dr. Dr. Uwe Koch
Best.-Nr. 60648000
- Band 9: *Wirkungsanalyse zur Wettbewerbsreihe „Vorbildliche Strategien kommunaler
Suchtprävention“*
Eine Untersuchung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
unter Leitung von Dr.-Ing. Dipl.-Volkswirt Michael Bretschneider und Mitarbeit von Ina
Kaube und Jörg Schumacher
Best.-Nr. 60649000
- Band 10: *Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention*
Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer
Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung
bei sozial Benachteiligten. Dokumentation des BZgA-Workshops am 18. April 2008 in
Köln. Von Cornelia Helfferich und Monika Köster, unter Mitarbeit von Birgit Heidtke
Best.-Nr. 60649100
- Band 11: *Unterrichtsmaterialien zur Ernährungserziehung in der Grundschule – eine bundesweite
Bestandsaufnahme. www.bzga.de/ernaehrung-klasse1-6 (2., aktualisierte Aufl. 2011)*
Best.-Nr. 60649110
- Band 12: *Migration und Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und
Experten*
Best.-Nr. 60649120

- Band 13: *Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen*
Best.-Nr. 60649130
- Band 14: *Gesundheit von Jungen und Männern – Hintergründe, Zugangswege und Handlungsbedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung (Dokumentation des BZgA-Fachforums am 2. Oktober 2009)*
Best.-Nr. 60649140

Englische Ausgaben:

- Vol. 4: *Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children and adolescents – Quality grid for preventative measures / Consensus paper*
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Rose Shaw, Thomas Böhler, Martin Wabitsch, Ute Winkler
Best.-Nr. 60644070
- Vol. 8: *The treatment of overweight and obese children and young people in Germany – Quantity and quality of initiatives in 2004–2005*
A research project carried out by the University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, the Centre for Psychosocial Medicine, the Institute and Policlinic for Medical Psychology and the research group for quality assurance research led by Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. Thomas Kliche and Prof. Dr. Dr. Uwe Koch, on behalf of the Federal Centre for Health Education
Best.-Nr. 60648070
-

Die Förderung des Nichtrauchens in der Bevölkerung ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel in Deutschland. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist seit über 30 Jahren auf diesem Gebiet tätig. Mit ihrer Kampagne „rauchfrei“ trägt sie dazu bei, dass Jugendliche nicht mit dem Rauchen beginnen und dass erwachsene und jugendliche Raucherinnen und Raucher zum Rauchstopp motiviert werden. Zur Förderung des Rauchstopps stellt die BZgA dabei vielfältige moderne Informations- und Hilfsangebote bereit. Etwa 30 Prozent der aktuellen Raucher sind zu einem Rauchstopp bereit. Zur Unterstützung steht ihnen eine Vielzahl unterschiedlicher Ausstiegshilfen – von Onlineprogrammen über Broschüren bis hin zu Gruppenkursen und Einzelberatungen – zur Verfügung.

Im Jahr 2000 wurde erstmals von der BZgA eine Marktübersicht über die in Deutschland angebotenen Ausstiegshilfen veröffentlicht. Seitdem haben sich die Angebote zur Tabakentwöhnung diversifiziert. Mit diesem Fachheft, das detaillierte Informationen zu den einzelnen Angeboten umfasst, wird dieser Entwicklung Rechnung getragen. Gleichzeitig werden mit einer inhaltlichen Überarbeitung aktuelle Erkenntnisse der Evaluationsforschung aufgegriffen. Damit bietet die Zusammenstellung zur Tabakentwöhnung in Deutschland eine fundierte Grundlage für die Beurteilung von Angeboten zur Tabakentwöhnung und ist für alle, die Raucherinnen und Raucher beraten oder Tabakentwöhnungsmaßnahmen planen, eine wichtige Orientierungshilfe.



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

ISBN 978-3-933191-47-2

