

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften – School of Public Health
WHO Collaborating Centre

Tabakentwöhnung in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung.

Evaluation eines internetbasierten Ausstiegsprogramms für Raucher.

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades der Gesundheitswissenschaften
„Doctor of Public Health“
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Mareike Wörmann

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Zweitgutachter: PD Dr. E.-Jürgen Flöthmann

Bielefeld, November 2013

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken, die mich beim Verfassen dieser Dissertation unterstützt und zum Gelingen beigetragen haben:

An erster Stelle gilt mein besonders herzlicher Dank Prof. Dr. Dr. Gerlinger, der sich sofort bereit erklärt hat, diese Dissertation zu betreuen. Wann immer ich das persönliche Gespräch gesucht habe, war unverzüglich ein Termin für meine Belange frei. Mit seinen Impulsen und seiner herzlichen Betreuung hat Herr Gerlinger mich stets sehr unterstützt.

Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) danke ich für die Bereitstellung des Datensatzes zur Analyse des internetbasierten Ausstiegsprogramms „rauchfrei“ aus dem Jahr 2009. Namentlich möchte ich besonders Peter Lang danken, der meine Weiterqualifizierung befürwortet hat.

Ganz herzlich danke ich Peter, Patrick und Kathrin, die mich mit ihrem Expertenwissen mit Rat und Tat unglaublich unterstützt haben.

Ich danke meinen Freunden, auf die ich mich immer verlassen konnte.

Mein größter und herzlichster Dank gebührt meinen Eltern, Carsten und Niklas, die mich immer unterstützt und motiviert haben und mir mit ihrer Liebe den Rücken gestärkt haben. Danke für alles!

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis _____	V
Tabellenverzeichnis _____	IX
1. Einleitung _____	- 1 -
2. Problematik des Tabakkonsums _____	- 4 -
2.1. Hintergrund und Epidemiologie des Rauchens _____	- 4 -
2.1.1. Geschichte des Tabaks _____	- 4 -
2.1.2. Tabakprodukte und Inhaltsstoffe _____	- 4 -
2.1.3. Prävalenz des Rauchens in der Bevölkerung _____	- 6 -
2.1.4. Zeitliche Entwicklungen im Tabakkonsum _____	- 7 -
2.1.5. Regionale Unterschiede im Tabakkonsum _____	- 9 -
2.1.6. Soziale Unterschiede im Tabakkonsum _____	- 9 -
2.2. Tabakabhängigkeit _____	- 11 -
2.2.1. Abhängigkeitspotential _____	- 11 -
2.2.2. Entzugserscheinungen _____	- 14 -
2.3. Auswirkungen des Tabakkonsums _____	- 15 -
2.3.1. Gesundheitliche Folgeschäden des Tabakkonsums (Morbidität) _____	- 15 -
2.3.2. Durch Tabakkonsum verursachte Sterbefälle (Mortalität) _____	- 17 -
2.3.3. Gefahren des Passivrauchens _____	- 19 -
2.3.4. Monetäre Konsequenzen _____	- 22 -
2.4. Zwischenfazit _____	- 23 -
3. Theoretische Rahmenbedingungen der Verhaltensänderung _____	- 24 -
3.1. Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung _____	- 25 -
3.2. Konzepte zur Ätiologie des Rauchens _____	- 28 -
3.2.1. Klassische und Operante Konditionierung _____	- 29 -
3.2.2. Kognitive Modelle _____	- 30 -
3.2.3. Integratives Modell der Suchtentstehung _____	- 32 -
3.2.4. Modell des Rückfallprozesses _____	- 33 -
4. Strategien und Ansätze der Tabakprävention _____	- 36 -
4.1. Ansätze und Strategien zur Prävention substanzbezogener Störungen _____	- 37 -
4.2. Internationale und Nationale Strategien und Abkommen zur Reduktion des Tabakkonsums _____	- 38 -
4.3. Verhältnispräventive Strategien _____	- 41 -
4.3.1. Tabaksteuererhöhungen _____	- 41 -
4.3.2. Rauchfreie Umwelt zum Schutz vor Passivrauchen _____	- 42 -
4.3.3. Regelung bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen _____	- 45 -

4.3.4.	Warnhinweise auf Verpackungen von Tabakerzeugnissen _____	- 45 -
4.3.5.	Tabakwerbeverbote _____	- 48 -
4.3.6.	Verbesserung im Jugendschutz _____	- 52 -
4.3.7.	Bekämpfung des illegalen Handels _____	- 53 -
4.4.	Verhaltenspräventive Strategien _____	- 54 -
4.4.1.	Strukturen verhaltenbezogener Tabakprävention in Deutschland _____	- 54 -
4.4.2.	Angebote und Maßnahmen verhaltenbezogener Tabakprävention auf Bundesebene in Deutschland am Beispiel der „rauchfrei“-Kampagne _____	- 57 -
4.5.	Erfolge verhaltens- und verhältnispräventiver Strategien in der Tabakprävention _____	- 64 -
4.5.1.	Rückgang der Rauchprävalenzen und Zunahme der Nieraucherquote _____	- 64 -
4.5.2.	Verstärktes Bewusstsein für die Gesundheitsgefahren durch (Passiv-)Rauchen _____	- 67 -
4.5.3.	Rückgang der Passivrauchexposition _____	- 70 -
4.5.4.	Zunahmen rauchfreier Bereiche _____	- 71 -
4.5.5.	Verbesserte Luftqualität und verbesserte Gesundheit von Gastronomiemitarbeitern _____	- 73 -
4.5.6.	Steigende Akzeptanz von Tabaksteuererhöhungen _____	- 75 -
4.6.	Zwischenfazit _____	- 76 -
5.	Tabakentwöhnung in Deutschland _____	- 78 -
5.1.	Grundlagen der Tabakentwöhnung _____	- 78 -
5.1.1.	Verläufe des Tabakkonsums _____	- 79 -
5.1.2.	Ausstiegsmethoden _____	- 80 -
5.1.3.	Bestandteile der Tabakentwöhnung _____	- 81 -
5.2.	Qualitätsansprüche an Tabakentwöhnungsangebote _____	- 84 -
5.2.1.	Wissenschaftliche Fundierung _____	- 85 -
5.2.2.	Effektivität _____	- 85 -
5.2.3.	Generalisierbarkeit _____	- 85 -
5.2.4.	Wirtschaftlichkeit _____	- 86 -
5.2.5.	Praktikabilität _____	- 86 -
5.3.	Maßnahmen der Tabakentwöhnung in Deutschland und ihre Wirksamkeit _____	- 86 -
5.3.1.	Selbsthilfe _____	- 87 -
5.3.2.	Kurzberatung _____	- 88 -
5.3.3.	Telefonische Beratung _____	- 90 -
5.3.4.	Tabakentwöhnungskurse _____	- 91 -
5.3.5.	Medikation _____	- 92 -
5.3.6.	Alternative Verfahren _____	- 93 -
5.3.7.	Zusammenfassende Empfehlung zum Einsatz von Maßnahmen der Tabakentwöhnung _____	- 94 -
6.	Internet als Medium in der Tabakentwöhnung _____	- 96 -
6.1.	Internetnutzung und -verbreitung in der deutschen Allgemeinbevölkerung _____	- 96 -

6.2.	Überblick internetbasierter Angebote in der Tabakentwöhnung _____	- 97 -
7.	Evaluation des internetbasierten Ausstiegsprogramms „rauchfrei“ _____	- 101 -
7.1.	„rauchfrei“ – das internetbasierte Ausstiegsprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung _____	- 101 -
7.1.1.	Theoretische Grundlagen _____	- 101 -
7.1.2.	Programmstruktur _____	- 103 -
7.2.	Forschungsfragen und Zielsetzung _____	- 106 -
7.3.	Methodisches Vorgehen _____	- 109 -
7.3.1.	Studiendesign _____	- 109 -
7.3.2.	Untersuchte Effekte _____	- 110 -
7.3.3.	Messinstrumente _____	- 111 -
7.3.4.	Statistische Analyse _____	- 116 -
7.4.	Evaluationsergebnisse _____	- 118 -
7.4.1.	Anmeldungen für das Ausstiegsprogramm und Verlauf der Untersuchung _____	- 118 -
7.4.2.	Zusammensetzung der Nutzerschaft des Ausstiegsprogramms _____	- 121 -
7.4.3.	Motivationsquellen für den Rauchstopp _____	- 129 -
7.4.4.	Beschreibung der Befragungsteilnehmer _____	- 139 -
7.4.5.	Wirksamkeit des internetbasierten Ausstiegsprogramms _____	- 141 -
7.4.6.	Beschreibung der Programmteilnehmer mit aktuellen Status „Raucher“ _____	- 153 -
7.4.7.	Beschreibung der Programmteilnehmer mit aktuellen Status „Nichtraucher“ _____	- 167 -
7.4.8.	Bewertung, Bereitschaft zur Weiterempfehlung und Unterstützungsbedarf _____	- 180 -
7.4.9.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen _____	- 193 -
8.	Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen _____	- 204 -
9.	Fazit und Handlungsempfehlungen _____	- 212 -
	Literaturverzeichnis _____	- 217 -
	Tabellarischer Anhang _____	- 225 -
	Eidesstattliche Erklärung _____	- 230 -

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Häufigkeit von Rauchern nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2011 in Deutschland gemäß DEGS1 _____	- 6 -
Abbildung 2:	Zeitliche Entwicklung des Anteils der Raucherinnen und Raucher in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung in Deutschland _____	- 7 -
Abbildung 3:	Zeitliche Entwicklung der Prävalenz des Rauchens und des Nierauchens bei 12- bis 17-Jährigen _____	- 8 -
Abbildung 5:	Regionale Unterschiede in der tabakattributablen Mortalitätsrate im Jahr 2007 in Deutschland nach Geschlecht _____	- 18 -
Abbildung 6:	Positive und negative Verstärkung _____	- 29 -
Abbildung 7:	Modell der suchtspezifischen Grundannahmen nach Beck bezogen auf den Tabakkonsum _____	- 32 -
Abbildung 8:	Drei-Faktoren-Modell der Suchtentstehung nach Tretter & Müller _____	- 33 -
Abbildung 9:	Modell des Rückfallprozesses nach Marlatt _____	- 34 -
Abbildung 10:	Preis pro Zigarette in Cent im Jahr 2007 in Deutschland _____	- 42 -
Abbildung 11:	Deutsche Regelung zu Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen _____	- 46 -
Abbildung 12:	Kombinierte Warnhinweise aus Text und Grafik der Europäischen Union _____	- 47 -
Abbildung 13:	Gesetzliche Regelungen zu Verboten von Außenwerbung für Tabakprodukte in Europa _____	- 50 -
Abbildung 14:	Akteure der Tabakprävention in Deutschland _____	- 55 -
Abbildung 15:	Strukturschema der „rauchfrei“-Jugendkampagne _____	- 58 -
Abbildung 16:	Methodische Aspekte der Drogenaffinitäts- und rauchfrei-Studien der BZgA _____	- 61 -
Abbildung 17:	Startseite der BZgA-Internetpräsenz www.rauchfrei-info.de für die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne bis Mai 2012 _____	- 63 -
Abbildung 18:	Zeitliche Entwicklung der Prävalenz des Rauchens und des Nierauchens bei 18- bis 25-Jährigen, 1979 bis 2008 _____	- 65 -
Abbildung 19:	Zeitliche Entwicklung der Prävalenz des starken Rauchens (20 Zigaretten oder mehr pro Tag) bei 18- bis 59-Jährigen, 1995 bis 2009 _____	- 66 -
Abbildung 20:	Zustimmung der deutschen Bevölkerung im zu Rauchverboten an verschiedenen Orten im Jahr 2007 _____	- 68 -
Abbildung 21:	Wunsch der erwachsenen Bevölkerung Alter über 16 Jahren nach rauchfreien Gaststätten in Deutschland von 2005 bis 2010 _____	- 68 -
Abbildung 22:	Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten in Deutschland nach Raucherstatus _____	- 69 -
Abbildung 23:	Häufigkeit des Passivrauchens in den Jahren 2003, 2006 und 2009 _____	- 70 -
Abbildung 24:	Deutschlandweite Entwicklung der Rauchverbote in Schulen, 2004 bis 2008 _____	- 71 -
Abbildung 25:	Anteile der deutschen Haushalte, in denen das Rauchen vollständig verboten ist in den Jahren 2007 und 2009 _____	- 72 -
Abbildung 26:	Vergleich der Schadstoffbelastung (Konzentration von lungengängigen Partikeln einer Größe bis 2,5µm) in der Raumluft von Gastronomiebetrieben in Deutschland vor (2005) und nach (2007 bzw. 2009) Einführung der Nichtraucherschutzgesetze _____	- 74 -
Abbildung 27:	Tabaksteuer und Zigarettenkonsum in Deutschland _____	- 76 -
Abbildung 28:	Inhalte der 5 A´s zur Kurzberatung und der 5 R´s zur motivierenden Gesprächsführungstechnik _____	- 88 -
Abbildung 29:	Computer- und Internetnutzung von Personen in Deutschland im Zeitvergleich _____	- 96 -

Abbildung 30:	Internetseite zur Anmeldung zum internetbasierten „rauchfrei“-Ausstiegsprogramm der BZgA _____	- 103 -
Abbildung 31:	Programmstruktur des internetbasierten rauchfrei-Ausstiegsprogramms _____	- 105 -
Abbildung 32:	Tagesansicht des internetbasierten Ausstiegsprogramms in der Handlungsphase _____	- 105 -
Abbildung 33:	Untersuchungsverlauf _____	- 110 -
Abbildung 34:	Monatliche Registrierungen für das Ausstiegsprogramm im Jahr 2009 _____	- 118 -
Abbildung 35:	Jährliche Registrierungen für das Ausstiegsprogramm seit Programmstart _____	- 119 -
Abbildung 36:	Verlaufdiagramm der Untersuchung _____	- 120 -
Abbildung 37:	ProgrammtTeilnehmer nach Altersgruppen _____	- 121 -
Abbildung 38:	ProgrammtTeilnehmer nach Altersgruppen und Geschlecht _____	- 121 -
Abbildung 39:	ProgrammtTeilnehmer bei Rauchbeginn nach Altergruppen _____	- 123 -
Abbildung 40:	ProgrammtTeilnehmer bei Rauchbeginn nach Altergruppen und Geschlecht _____	- 123 -
Abbildung 41:	Konsumjahre der ProgrammtTeilnehmer _____	- 124 -
Abbildung 42:	Konsumjahre der ProgrammtTeilnehmer nach Geschlecht _____	- 124 -
Abbildung 43:	Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag vor Programmanmeldung _____	- 124 -
Abbildung 44:	Boxplot mit der Verteilung der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten pro Tag vor Programmanmeldung nach Geschlecht _____	- 124 -
Abbildung 45:	Grad der Tabakab-hängigkeit der ProgrammtTeilnehmer nach Fagerström _____	- 125 -
Abbildung 46:	Grad der Tabakabhängigkeit der ProgrammtTeilnehmer nach Fagerström nach Geschlecht _____	- 125 -
Abbildung 47:	Grad der Tabakabhängigkeit der ProgrammtTeilnehmer nach Fagerström nach Alter _____	- 127 -
Abbildung 48:	Verteilung der ProgrammtTeilnehmer nach gewählter Ausstiegsvariante bei der Registrierung _____	- 127 -
Abbildung 49:	Unterseite „Mein Gewinn“ des internetbasierten rauchfrei-Ausstiegsprogramms der BZgA für registrierte Nutzer _____	- 129 -
Abbildung 50:	Motivationsquellen für den Rauchstopp _____	- 130 -
Abbildung 51:	Motivationsquellen für den Rauchstopp nach Geschlecht _____	- 137 -
Abbildung 52:	Wirksamkeit des rauchfrei-Ausstiegprogramms 6 und 12 Monate nach Programmanmeldung auf Basis der Selbsteinschätzung der ProgrammtTeilnehmer _____	- 141 -
Abbildung 53:	Konsummenge unmittelbar nach Programmbeendigung der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 153 -
Abbildung 54:	Konsummenge unmittelbar nach Programmbeendigung der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up _____	- 153 -
Abbildung 55:	Gründe für die Wiederaufnahme des Rauchens der Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 154 -
Abbildung 56:	Gründe für die Wiederaufnahme des Rauchens der Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up _____	- 154 -
Abbildung 57:	Gründe für den nicht durchgeführten Rauchstopp der Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 156 -
Abbildung 58:	Gründe für den nicht durchgeführten Rauchstopp der Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up _____	- 156 -
Abbildung 59:	Letzter Tabakkonsum der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 158 -
Abbildung 60:	Letzter Tabakkonsum der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up _____	- 158 -
Abbildung 61:	Konsumtage pro Woche der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 159 -

Abbildung 62:	Konsumtage pro Woche der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up_____	- 159 -
Abbildung 63:	Täglicher Zigaretten-Durchschnittskonsum der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 159 -
Abbildung 64:	Täglicher Zigaretten-Durchschnittskonsum der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up _____	- 159 -
Abbildung 65:	Motivation zur Erlangung des Nichtraucherstatus der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 160 -
Abbildung 66:	Motivation zur Erlangung des Nichtraucherstatus der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up _____	- 160 -
Abbildung 67:	Einschätzung der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up den Nichtraucherstatus zu erlangen_____	- 161 -
Abbildung 68:	Einschätzung der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up den Nichtraucherstatus zu erlangen_____	- 161 -
Abbildung 69:	Zeitraumen der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up den Nichtraucherstatus zu erlangen _____	- 163 -
Abbildung 70:	Zeitraumen der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up den Nichtraucherstatus zu erlangen _____	- 163 -
Abbildung 71:	Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 164 -
Abbildung 72:	Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up _____	- 164 -
Abbildung 73:	Erneute Nutzung des Ausstiegsprogramms der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 165 -
Abbildung 74:	Erneute Nutzung des Ausstiegsprogramms der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up _____	- 165 -
Abbildung 75:	Konsummenge unmittelbar nach Programmbeendigung der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 168 -
Abbildung 76:	Konsummenge unmittelbar nach Programmbeendigung der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 168 -
Abbildung 77:	Zigarettenkonsum direkt nach Programmbeendigung und Selbsteinschätzung des Rauchstatus 6 Monate nach Programmanmeldung _____	- 169 -
Abbildung 78:	Zeitpunkt des letzten Tabakkonsums der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 170 -
Abbildung 79:	Zeitpunkt des letzten Tabakkonsums der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 170 -
Abbildung 80:	Schwierigkeitsgrad nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen bezogen auf die rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up_____	- 172 -
Abbildung 81:	Schwierigkeitsgrad nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen bezogen auf die rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 172 -
Abbildung 82:	Hindernisse beim Durchhalten bezogen auf die rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 172 -
Abbildung 83:	Hindernisse beim Durchhalten bezogen auf die rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 172 -
Abbildung 84:	Offene Antworten der erfolgreichen Programmteilnehmer zur Beschreibung der persönlichen Entzugserscheinungen im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 173 -
Abbildung 85:	Offene Antworten der erfolgreichen Programmteilnehmer zur Beschreibung der sonstigen Schwierigkeiten rauchfrei zu bleiben im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 174 -
Abbildung 86:	Verfehlungen der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 176 -

Abbildung 87:	Verfehlungen der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 176 -
Abbildung 88:	Verlangen zu rauchen bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 176 -
Abbildung 89:	Verlangen zu rauchen bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 176 -
Abbildung 90:	Motivation den Nicht-raucherstatus beizubehalten bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 177 -
Abbildung 91:	Motivation den Nicht-raucherstatus beizubehalten bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 177 -
Abbildung 92:	Wahrscheinlichkeit den Nichtraucherstatus beizubehalten bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 178 -
Abbildung 93:	Wahrscheinlichkeit den Nichtraucherstatus beizubehalten bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 178 -
Abbildung 94:	Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up _____	- 178 -
Abbildung 95:	Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up _____	- 178 -
Abbildung 96:	Motivationsquellen für den Rauchstopp nach Obergruppen _____	- 195 -

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Rauchprävalenzen in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland nach Geschlecht und Bundesland _____	- 9 -
Tabelle 3:	Durch Rauchen verursachte Krankheiten und Gesundheitsschäden _____	- 15 -
Tabelle 4:	Risiken des Passivrauchens _____	- 20 -
Tabelle 5:	Werbeausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring in den Jahren 2006-2011 _____	- 51 -
Tabelle 7:	Bestandteile erfolgreicher Tabakentwöhnung zugeordnet nach den Phasen des Ausstiegsprozesses _____	- 81 -
Tabelle 8:	Empfehlung zum Einsatz von Maßnahmen der Tabakentwöhnung basierend auf nationalen und internationalen Leitlinien _____	- 94 -
Tabelle 9:	Fragebogenitems und Antwortformate der t1- und t2-Befragung zum Thema „Rauchverhalten und Rauchstatus“, die sich an alle Befragten richten (Teil 1) _____	- 111 -
Tabelle 10:	Fragebogenitems und Antwortformate der t1- und t2-Befragung, die sich nur an Raucher richten (Teil 2) _____	- 112 -
Tabelle 11:	Fragebogenitems und Antwortformate der t1- und t2-Befragung, die sich nur an Nichtraucher richten (Teil 3) _____	- 114 -
Tabelle 12:	Fragebogenitems und Antwortformate der t1- und t2-Befragung zur Bewertung des Ausstiegsprogramms, die sich an alle Befragten richten (Teil 4) _____	- 115 -
Tabelle 13:	Variablen in der Regressionsanalyse _____	- 117 -
Tabelle 14:	Obergruppen der Motivationsquellen _____	- 130 -
Tabelle 15:	Merkmale der Responder und Non-Responder im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 139 -
Tabelle 16:	Merkmale rauchender und nichtrauchender Personen im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 144 -
Tabelle 17:	Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Analyse von Gruppenunterschieden zwischen Programmteilnehmern mit Status „Nichtraucher“ im Vergleich zum Status „Raucher“ _____	- 149 -
Tabelle 18:	Zusammenhang zwischen der Motivation zur Erlangung des Nichtraucherstatus und dem angestrebten Zeitrahmen, mit dem Rauchen aufzuhören. _____	- 163 -
Tabelle 19:	Darstellung der ITT-Werte zur Abbildung der Wirksamkeit des Rauchfrei-Ausstiegsprogramms direkt nach Programmbeendigung, im 6- und 12-Monats-Follow-Up auf Basis der Selbsteinschätzung der Programmteilnehmer, der 7- und der 30-Tage-Punktprävalenz _____	- 171 -
Tabelle 20:	Programmbeurteilung von Teilnehmern des rauchfrei-Ausstiegsprogramms im 6- und 12-Monats-Follow-Up _____	- 181 -
Tabelle 21:	Ranking der am meisten vermissten Programmbestandteile im t1- und t2-Follow-Up _____	- 184 -
Tabelle 22:	Ranking der am häufigsten gewünschten Unterstützungsarten von Nichtrauchern zur Aufrechterhaltung ihres Nichtraucherstatus im t1- und t2-Follow-Up _____	- 188 -
Tabelle 23:	Ranking der am häufigsten gewünschten Unterstützungsarten von Rauchern zur Erlangung des Nichtraucherstatus im t1- und t2-Follow-Up _____	- 192 -
Tabelle 24:	Weiterempfehlungsbereitschaft von Programmteilnehmern im 6-Monats-Follow-Up _____	- 192 -

Tabelle 25:	Nichtraucher-Quote der Befragungs- und der Programmteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up auf Basis der Selbsteinschätzung der Programmteilnehmer, der 7- und der 30-Tage-Punktprävalenz _____	- 198 -
Tabelle 26:	Ranking aller zusammengefassten Antworten zu vermissten Programmbestandteilen und gewünschten Unterstützungsbedarfen _____	- 202 -
Tabelle 27:	Überblick über die Zusammensetzung der Nutzerschaft des rauchfrei-Ausstiegsprogramms im Jahr 2009 _____	- 225 -
Tabelle 28:	Zusammenfassung der Befragungsergebnisse von Programmteilnehmern, die zum Zeitpunkt der Nachbefragungen angeben Raucher zu sein _____	- 225 -
Tabelle 29:	Zusammenfassung der Befragungsergebnisse von Personen, die zum Zeitpunkt der Nachbefragungen angeben Nichtraucher zu sein _____	- 228 -

1 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2008b) verdeutlicht, dass Tabakkonsum das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko und die führende Ursache für frühzeitige Sterblichkeit ist. In Deutschland sterben im Jahr 110.000 bis 140.000 Raucher an den Folgen ihres Tabakkonsums (John & Hanke 2001) und 3.300 Nichtraucher an den Folgen von Passivrauchen (DKFZ 2005). Zudem sind enorme volkswirtschaftliche Kosten zu nennen, die durch Tabakkonsum verursacht werden. Diese Fakten belegen die hohe Public-Health-Relevanz und den großen Handlungsbedarf für effektive Ansätze und Strategien der Tabakprävention. Ziel ist, den Anteil nichtrauchender Personen in der Bevölkerung zu erhöhen und somit den Anteil an Rauchern zu reduzieren. Langfristig gilt es, die soziale Akzeptanz des Nichtrauchens zu stärken, so dass Nichtrauchen zur Norm wird. Unerlässliche Schlüsselstrategie ist in diesem Zusammenhang Raucher nachhaltig bei der Tabakentwöhnung zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund widmet sich die vorliegende Dissertation der national und international relevanten Public-Health-Thematik „Reduzierung des Tabakkonsums“ und konzentriert sich auf den Adressatenkreis der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in Deutschland.

Bei den vielfältigen Angeboten und Maßnahmen der Tabakentwöhnung spielt das Internet als Informations- und Interventionsinstrument eine immer größere Rolle. Für Raucher bietet es die Möglichkeit, anonym, zeit- und ortsunabhängig Informationen zum Rauchstopp einzuholen und Entwöhnungsangebote, wie das hier zu untersuchende internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“, in Anspruch zu nehmen. „Rauchfrei“ ist ein kostenloses Tabakentwöhnungsprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter www.rauchfrei-info.de, das ausstiegswilligen Rauchern seit der Implementierung im Jahr 2005 bei ihrem Rauchstopp hilft. Ziel der Dissertation ist, die Inanspruchnahme, Zusammensetzung der Nutzerschaft und Wirksamkeit dieses Ausstiegsprogramms zu evaluieren sowie die Bewertungen der Programmteilnehmer zu untersuchen und Optimierungsvorschläge abzuleiten. Folgende Forschungsfragen stehen daher im Zentrum der Untersuchung:

- A. Wie hoch ist die Inanspruchnahme des internetbasierten Ausstiegsprogramms „rauchfrei“? Wie setzt sich die Nutzerschaft zusammen?
- B. Wie wirksam ist das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“?

C. Wie bewerten Programmteilnehmer das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“? Wie kann das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ weiterentwickelt werden (Verbesserungspotentiale)?

Um diese Forschungsfragen zu beantworten, werden in der vorliegenden Analyse die Angaben der Programmteilnehmer verwendet, die im Rahmen der Registrierung sowie der Nachbefragungen sechs und zwölf Monate nach individueller Programmanmeldung ermittelt worden sind. Die Studie beschränkt sich dabei auf jene Programmteilnehmer, die sich im Jahr 2009 für das Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ angemeldet haben.

Der Aufbau der Dissertation lässt sich wie folgt beschreiben:

Die Untersuchung beginnt mit einer grundlegenden Einführung zum Tabakkonsum in Kapitel 2. In diesem Kapitel werden epidemiologische Zahlen dargestellt, das hohe Abhängigkeitspotential von Tabak und die Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität erläutert.

Um Maßnahmen und Hilfestellungen für Raucher zielgerichtet planen und umsetzen zu können, ist die Kenntnis von Theorien und Modellen zur Veränderung von Gesundheitsverhalten wichtig. Mit dieser Thematik befasst sich Kapitel 3. Besondere Bedeutung gilt in diesem Kapitel dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente, da es sich als wissenschaftlich vielfach verwendete Theorie in der Tabakprävention besonders zur Entwicklung und Umsetzung von Interventionen zum Rauchstopp eignet.

In Kapitel 4 wird der Fokus auf zusammenwirkende Strategien der Tabakprävention im „Policy Mix“ gelegt. Beginnend mit einer Gesamtschau auf Ansätze zur Prävention substanzbezogener Störungen werden anschließend nationale und internationale Bemühungen zur Reduktion des Tabakkonsums sowie verhaltens- und verhältnispräventive Strategien im Detail dargestellt. Abgerundet wird Kapitel 4 mit den bisher erzielten Erfolgen der Tabakprävention.

Das anschließende Kapitel 5 beleuchtet die Angebote und Maßnahmen der Tabakentwöhnung in Deutschland, so dass die Vielfalt der vorliegenden Möglichkeiten zum Ausdruck gebracht wird und internetbasierte Hilfestellungen, wie das Ausstiegsprogramm „rauchfrei“, in den

Gesamtkontext verfügbarer Möglichkeiten eingeordnet werden können. Dabei werden auch Qualitätskriterien für Tabakentwöhnungsangebote aufgezeigt, die an fundierte Maßnahmen gestellt werden müssen.

Aufbauend auf den vielfältigen Angeboten und Maßnahmen der Tabakentwöhnung findet in Kapitel 6 eine Eingrenzung auf das Internet und dessen Nutzung sowie Verbreitung in der deutschen Bevölkerung statt. Der Fokus wird anschließend auf internetbasierte Rauchstoppangebote und deren Wirksamkeit gelegt.

In Kapitel 7 wird das hier betrachtete internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ evaluiert. Nach einer grundlegenden Darstellung von „rauchfrei“ (Kapitel 7.1) werden Forschungsfragen und Zielsetzung der Dissertation (Kapitel 7.2) erläutert und die Methodik (Kapitel 7.3) dargestellt. Die Evaluationsergebnisse werden in Kapitel 7.4 umfassend präsentiert und abschließend zusammengefasst, um die Forschungsfragen zu beantworten. Eine Diskussion der Ergebnisse mit zentralen Schlussfolgerungen folgt in Kapitel 8.

Im letzten Kapitel 9 wird auf Basis der Untersuchungsergebnisse ein Fazit gezogen. Mit einem Ausblick auf zukünftige Forschungs- und Entwicklungsbedarfe sowie praktischen Handlungsempfehlungen für die Praxis zur Weiterentwicklung von „rauchfrei“ endet das Abschlusskapitel.

2 Problematik des Tabakkonsums

2.1 Hintergrund und Epidemiologie des Rauchens

2.1.1 Geschichte des Tabaks

Tabak wurde in Amerika für religiöse und rituelle Handlungen verwendet und war bereits lange Zeit bekannt, bevor Christoph Columbus im 15. Jahrhundert den ersten Tabak nach Europa brachte. Zu Ehren des französischen Gesandten Jean Nicot, der für die Einführung des Tabaks in Frankreich sorgte, wurde die Tabakpflanze mit dem Namen „Nicotiana“ benannt (Batra 2000). Batra (2000) weist darauf hin, dass Rauchen vormals als „Sauferei des Nebels“ oder „Trinken und Einschlürfen von Tabak“ bezeichnet wurde, da die Ausdrucksweise „Rauchen“ noch nicht vorhanden war. Tabak wurde zunächst mit Pfeifen konsumiert, bevor die Zigarre und anschließend die Massenproduktion der Zigarette eingeführt wurden. Das Rauchen war jederzeit verfügbar und der breiten Bevölkerung zugänglich, so dass Tabak heute kein Luxusgut für obere Gesellschaftsschichten mehr darstellt, sondern zu einem Massenkonsumgut geworden ist (Batra 2000, Haustein & Groneberg 2008).

2.1.2 Tabakprodukte und Inhaltsstoffe

Aus dem Massenkonsumgut Tabak werden in Deutschland zahlreiche Produkte wie Zigarren, Zigarillos, Pfeifen- und Wasserpfeifentabak hergestellt. Des Weiteren werden rauchlose Tabakprodukte, wie Schnupftabak und Kautabak, wie auch für selbstgedrehte Zigaretten benötigter Feinschnitt für den deutschen Markt gefertigt (DKFZ 2009a). Das weltweit marktbeherrschende Produkt ist die handelsübliche Zigarette, die auch in Deutschland den größten Teil des Tabakabsatzes ausmacht. Im ersten Quartal 2013 wurden 17.334 Millionen Zigaretten abgesetzt. Zigarren und Zigarillos (Absatz I Quartal 2013: 993 Millionen Stück) wie auch Pfeifentabak (Absatz I Quartal 2013: 281 Tonnen) oder Feinschnitt (Absatz I Quartal 2013: 6.025 Tonnen) für selbstgedrehte Zigaretten verfügen über einen bedeutend geringeren Marktanteil (Statistisches Bundesamt 2013).

Bei der Herstellung der Tabakprodukte werden bis zu 600 Substanzen dem Rohtabak, der Papierhülle und den Filtern beigemischt, die zur Feuchthaltung, Aromabildung, Steigerung der Zugintensität, Verbesserung der Glimmeigenschaften und Erhöhung des Abhängigkeitspotentials verwendet werden (DKFZ 2009a; Schenk et al. 2008; Schwenk et al. 2010) und bis zu 20% des Gesamtgewichtes einer Zigarette ausmachen (Schwenk et al 2010). Insgesamt gestattet die deutsche Tabakproduktverordnung alle Aromen der über 130

Substanzen umfassenden Aromaverordnung, 120 weitere Einzelsubstanzen und 115 ansatzweise definierte oder undefinierte Mischungen. Menthol, Zucker, Lakritze und Kakao, d.h. Stoffe, die in Lebensmitteln unbedenklich sind, gehören zu den am häufigsten verwendeten Zusatzstoffen in Tabakprodukten. Verbrennen oder verdampfen diese Zusatzstoffe, so können sie sich in gesundheitsgefährdende Substanzen umwandeln, wobei zudem die Entstehung von Verbrennungsprodukten wie Kohlendioxid, Stickstoff- und Schwefeloxid begünstigt wird (DKFZ 2009a).

Zusatzstoffe erhöhen zudem das Abhängigkeitspotential und können sich bei der Verbrennung in giftige, kanzerogene Stoffe umwandeln. Das Deutsche Krebsforschungszentrum definiert Tabakrauch als „ein komplexes Giftgemisch aus über 4.800 Substanzen, die überwiegend erst beim Verbrennen des Tabaks entstehen“ (Schenk et al. 2008, S. 1). Darunter befinden sich mindestens 90 Stoffe, die Krebs erzeugen oder im Verdacht stehen kanzerogen zu sein (DKFZ 2010b; Nair et al. 2009), wie z.B.

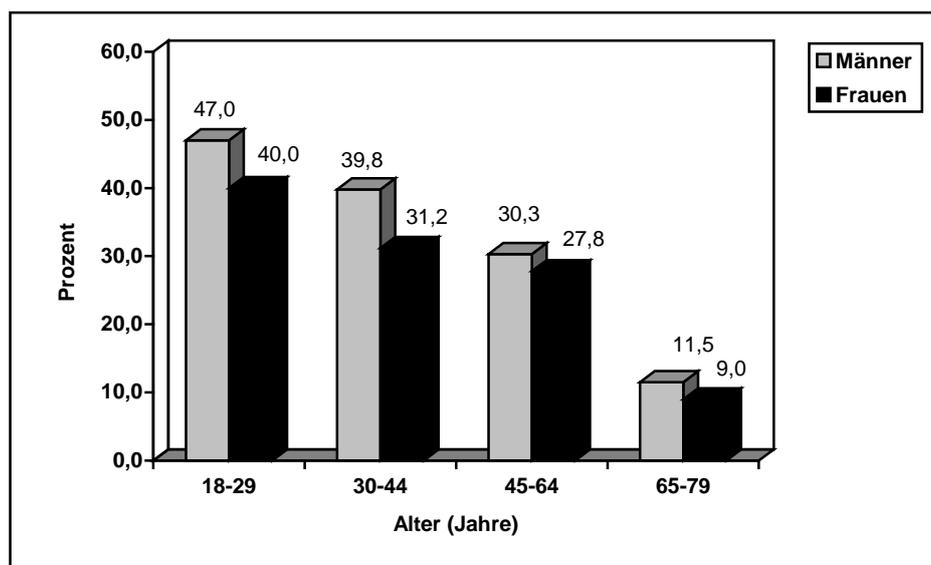
- polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (Naphthalin,...),
- heterozyklische Kohlenwasserstoffe (Benzo[b]furan,...),
- N-Nitrosamine (N-Nitrosodimethylamin,...),
- Gas (Stickstoffdioxid),
- Aromatische Amine / flüchtige Amine (2-Toluidin,...),
- N-Heterozyklische Amine (2-Amino-9H-pyrido[2,3-b]indol,...),
- Aldehyde (Formaldehyd...),
- Phenole (Phenol, Brenzcatechin...)
- flüchtige Kohlenwasserstoffe (1,3-Butadien, Benzol,...),
- verschiedene organische Verbindungen (Acetamid, Acrylamid, Acrylnitril,...),
- Metalle (Arsen, Nickel, Cobalt, Selen, Blei,...) und
- radioaktive Stoffe (Polonium-210) (Nair et al. 2009; Thielmann et al. 2005).

Kanzerogene Stoffe wirken erbgutschädigend auf die menschliche DNA und begünstigen in Folge die Entstehung von Tumoren. Darüber hinaus ließ sich feststellen, dass die krebserzeugenden Substanzen im Tabakrauch miteinander in Wechselwirkung treten, sich summieren oder sogar potenzieren. Gesundheitsschädigend sind somit nicht nur die einzelnen Substanzen in Tabakprodukten, sondern auch das gesamte Stoffgemisch in seiner komplexen Zusammensetzung. Die Tabelle an krebserzeugenden Substanzen wird jährlich erweitert. Es ist daher damit zu rechnen, dass in den kommenden Jahren weitere Stoffe aus dem Tabakrauch als krebserzeugend eingestuft werden (Nair et al. 2009).

2.1.3 Prävalenz des Rauchens in der Bevölkerung

In Deutschland gibt es mehrere Studien zur Verbreitung des Rauchens in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Basierend auf den Selbstangaben der Befragten der Studie zur Gesundheit Erwachsener (DEGS1) (n=7.899) rauchen im Jahr 2011 insgesamt 29,7% der Personen zwischen 18 und 79 Jahren. Während in der weiblichen Bevölkerung 26,9% rauchen, zählen bei den gleichaltrigen Männern mit 32,6% etwas mehr Personen zu den Rauchern (Lampert et al. 2013). Mit Blick auf den Anteil der Raucherinnen und Raucher in verschiedenen Altersgruppen wird ersichtlich, dass besonders junge Erwachsene rauchen. Aber auch im mittleren Lebensalter belaufen sich die Raucherquoten auf einen geringfügig niedrigeren Wert. Erst ab der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen (Lampert & List 2010b, Lampert et al. 2013) (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Häufigkeit von Rauchern nach Geschlecht und Altersgruppen im Jahr 2011 in Deutschland gemäß DEGS1 (n=7.899) (Lampert et al. 2013)



Ähnlich Angaben lassen sich auch auf Basis der Befragungsergebnisse des Mikrozensus machen, nach dem sich die Prävalenz des Rauchens im Jahr 2005 auf 32,2% bei der männlichen Bevölkerung ab 15 Jahre und auf 22,5% bei den weiblichen Personen im gleichen Alter beläuft (Statistisches Bundesamt 2006). Auch die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (Baumeister et al. 2008; Kraus et al. 2010) und des Sozio-oekonomischen Panels (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2006) verdeutlichen, dass mehr als ein Drittel der männlichen und etwa ein Viertel der weiblichen Bevölkerung rauchen. Es sei darauf hingewiesen, dass aufgrund der unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte und

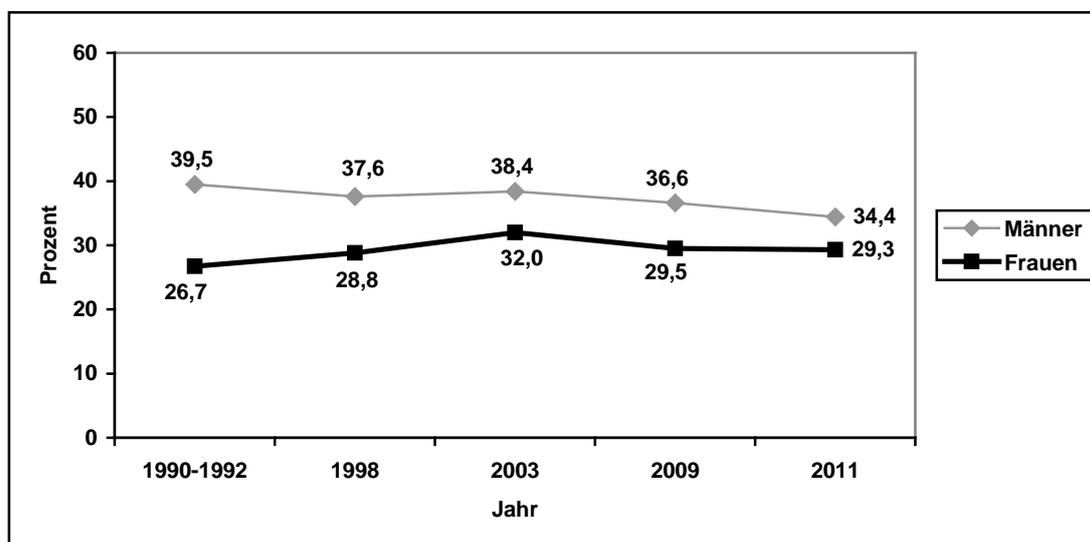
Befragungsinstrumente sowie der nicht einheitlichen Altersspannen kein direkter Vergleich der Rauchprävalenzen möglich ist.

Somit lässt sich konstatieren, dass in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung eine große Zahl an Frauen und Männern Tabak konsumieren. Mit Blick auf die jüngeren Generationen wird deutlich, dass die Zahl der rauchenden Kinder und Jugendlichen eindeutig niedriger ist. Nach Angaben der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2012 beläuft sich der Raucheranteil bei den 12- bis 17-Jährigen auf 11,5% bei den männlichen und auf 12,6% bei den weiblichen Jugendlichen (BZgA 2013).

2.1.4 Veränderung der Häufigkeit von Tabakkonsum im Zeitverlauf

Bei der Betrachtung der Anteile an Raucherinnen und Rauchern im zeitlichen Verlauf (siehe Abbildung 2) wird deutlich, dass sich die Rauchprävalenz bei den 25- bis 69-jährigen Männern seit Beginn der 1990er-Jahre von 39,5% auf 34,4% in 2011 reduziert hat.

Abbildung 2: Zeitliche Entwicklung des Anteils der Raucherinnen und Raucher in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung in Deutschland (n=7.466 für NUS90–92, n=5.825 für BGS98, n=6.890 für GSTel03, n=16.418 für GEDA09, n=7.272 für DEGS1) (Lampert et al. 2013)



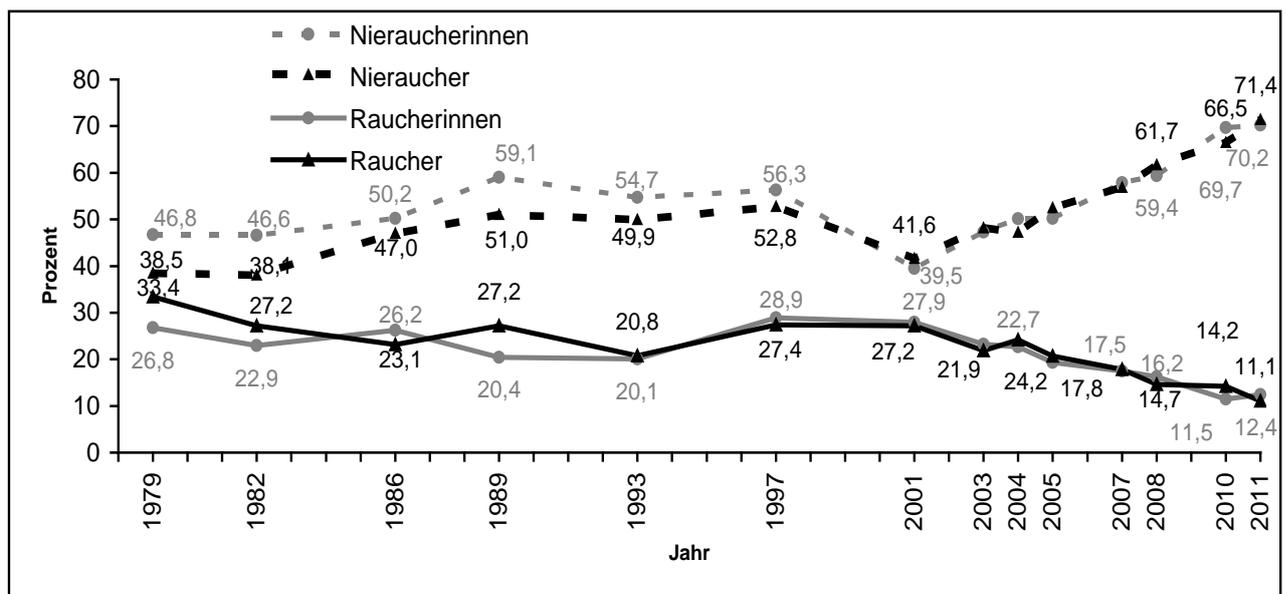
Parallel zu dieser Entwicklung hat sich der Anteil rauchender Frauen gleichen Alters von 26,7% in den 1990er-Jahren auf 32,0% bis zum Jahr 2003 erhöht. Seit 2003 lässt sich jedoch wieder eine Verringerung auf 29,3% im Jahr 2011 feststellen. Die vorliegenden Trendanalysen der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts werden durch die Epidemiologischen Suchtsurveys des Instituts für Therapieforschung bestätigt. Während 1997 insgesamt 36,8% der 18- bis 59-Jährigen (43,4% der Männer; 30,2% der Frauen) Tabak

konsumieren, beläuft sich die Rauchprävalenz 2009 auf 30,3% (34,1% der Männer; 26,4% der Frauen) (Kraus et al. 2010).

Diesen Daten zufolge lässt sich konstatieren, dass in den vergangenen Jahren eine Trendwende zu beobachten war und im Zeitverlauf weniger Personen zu Tabakprodukten greifen. In der Erwachsenenbevölkerung haben sich die Raucheranteile sowohl in der männlichen als auch der weiblichen Bevölkerung in den letzten 10 Jahren kontinuierlich reduziert. Die Trendwende zeigt sich besonders mit Blick auf die Entwicklungen des Rauchverhaltens von Kindern und Jugendlichen (siehe Abbildung 3).

Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012; 2013) verdeutlichen, dass im Jahr 2004 noch 24,2% der männlichen und 22,7% der weiblichen Kinder und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren rauchten. Die Rauchprävalenz ist in den letzten Jahren jedoch deutlich gesunken: Statistisch gesehen rauchen 2012 von 10 Personen diesen Alters lediglich 1,2 Kinder und Jugendliche (=12,0%). Unter Betrachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede lässt sich feststellen, dass Mädchen mit 12,6% etwas häufiger Tabakwaren konsumieren als Jungen, dessen Rauchprävalenz sich auf 11,5% beläuft (BZgA 2013).

Abbildung 3: Zeitliche Entwicklung der Prävalenz des Rauchens und des Nierauchens bei 12- bis 17-Jährigen (BZgA 2013)



Gleichzeitig ist auch der Anteil der Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, deutlich angestiegen. Während im Jahr 2001 41,6% zu den Nierauchern und 39,5% zu den

Nieraucherinnen gezählt haben, belaufen sich diese Werte im Jahr 2012 auf 71,9% bei der männlichen und auf 71,5% bei der weiblichen Bevölkerung zwischen 12 und 17 Jahren.

2.1.5 Regionale Unterschiede im Tabakkonsum

Bezogen auf die Unterschiede im Tabakkonsum in einzelnen Bundesländern lässt sich folgendes feststellen (siehe Tabelle 1):

Tabelle 1: Rauchprävalenzen (%) in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland nach Geschlecht und Bundesland (Datenquelle: Mikrozensus 2005) (Lampert & List 2010b)

Bundesland	Männer	Frauen	Gesamt
Mecklenburg-Vorpommern	40,9%	26,9%	33,8%
Berlin	38,3%	28,4%	33,2%
Bremen	39,2%	25,4%	32,0%
Hamburg	35,1%	26,3%	30,5%
Nordrhein-Westfalen	34,1%	25,3%	29,6%
Schleswig-Holstein	33,8%	25,4%	29,5%
Brandenburg	35,5%	23,2%	29,2%
Niedersachsen	34,0%	23,4%	28,6%
Sachsen-Anhalt	34,9%	22,4%	28,5%
Thüringen	34,3%	20,6%	27,3%
Saarland	32,9%	21,6%	27,0%
Hessen	31,1%	22,5%	26,6%
Rheinland-Pfalz	31,1%	22,0%	26,4%
Baden-Württemberg	29,5%	20,6%	25,0%
Bayern	29,7%	20,4%	24,9%
Sachsen	32,1%	17,6%	24,6%
Deutschland (gesamt)	32,8%	22,8%	27,7%

In den südlichen Bundesländern ist der Anteil rauchender Männer geringer als in den nördlichen Bundesländern. So rauchen zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern (40,9%), Bremen (39,2%) und Hamburg (35,1%) deutlich mehr männliche Personen als in Baden-Württemberg (29,5%) oder Bayern (29,7%). Diese regionalen Unterschiede spiegeln sich in der Tendenz auch bei Frauen wieder (Lampert & List 2010b).

2.1.6 Soziale Unterschiede im Tabakkonsum

Es ist erwiesen, dass ein Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und dem Rauchverhalten besteht (Pötschke-Langer et al. 2009, Lampert 2010, Lampert & Stephan 2007). So rauchen Personen niedriger Statusgruppen deutlich häufiger als Personen aus mittleren oder hohen Statusgruppen. Angehörige mittlerer Statusgruppen rauchen wiederum häufiger als Mitglieder höherer Statusgruppen. Somit lässt sich ein Statusgradient konstatieren: „Je niedriger der soziale Status, desto häufiger wird geraucht“ (Lampert 2010, S. 110). Diese statusspezifischen Unterschiede lassen sich in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern beobachten.

Um den mehrdimensionalen Sozialstatus detaillierter zu betrachten, ist eine Aufsplittung in die Einzelindikatoren „Bildungsniveau“, „Berufsstatus“ und „Einkommensverhältnis“ notwendig. Analysen von Lampert (2010) verdeutlichen, dass sich Männer aller Altersgruppen in Hinblick auf Bildungs-, Berufsstatus- und Einkommensunterschiede deutlich in ihrem Rauchverhalten unterscheiden. Männer mit niedrigem Bildungs- (OR 1,47) und Berufsstatus (OR 1,54) haben im Vergleich zu Männern hoher Statusgruppen (= Referenzgruppe) eine circa 1,5-fach erhöhte Chance zu rauchen. Auch männliche Personen niedriger Einkommensgruppen rauchen im Vergleich zu hohen Einkommensgruppen häufiger (OR 1,25). Bei Frauen lassen sich sogar weitaus stärkere Unterschiede im Rauchverhalten und Bildungsniveau feststellen: So ist die Chance zu rauchen bei weiblichen Personen aus niedrigen Bildungsgruppen (OR 2,04) doppelt so hoch wie bei Frauen aus hohen Bildungsgruppen. Bezogen auf den Berufsstatus und das Einkommen sind keine prägnanten Unterschiede im Rauchverhalten aufzuführen.

Um einschätzen zu können, welchen Einfluss die Arbeitswelt auf den Tabakkonsum ausübt, ist es notwendig, auch das Rauchverhalten in verschiedenen Berufsgruppen zu betrachten: Bei einem Vergleich der Berufsgruppen in der männlichen Bevölkerung wird deutlich, dass manuelle Berufsgruppen mehr rauchen als Männer in akademischen Berufen (Lampert 2010, Pötschke-Langer et al. 2009). So raucht bei den Gebäudereinigern und Raumpflegerinnen (59,8%), Gerüstbauern (58,1%) oder Malern und Lackierern (54,5%) mehr als jeder zweite Mann. Vergleichsweise geringe Raucheranteile finden sich bei Zahnärzten (13,3%), Apothekern (14,8%) und Elektroingenieuren (15,2%). Auch bei Frauen lassen sich die niedrigsten Raucherquoten bei Akademikerinnen feststellen. So raucht nicht einmal jede zehnte Ingenieurin (8,4%), Wirtschaftsprüferin und Steuerberaterin (8,6%) oder Lehrerin für musische Fächer (9,0%). Besonders hervorzuheben ist auch der geringe Anteil an Raucherinnen bei Landwirtinnen (10,1%) und mithelfenden Familienangehörigen in der Landwirtschaft (7,9%). Eine Vielzahl an Raucherinnen ist in Gastronomie-, Verkaufs- und Pflegeberufen zu finden. So rauchen 47,6% der Restaurantfachfrauen und Stewardessen, 44,2% der Verkaufs- und Filialleiterinnen im Handel sowie 43,5% der Hoteliers und Gastwirtinnen (Lampert 2010).

Allerdings wirken sich nicht nur Berufsstatus und Berufsgruppe auf den Konsum von Tabakwaren aus, auch der Erwerbsstatus „arbeitslos“ und die Lebensform „alleinerziehend“ gehen mit erhöhten Raucherquoten einher. Nach Daten des Sozio-oekonomischen Panels

2006 rauchen Langzeitarbeitlose (Männer: 72,4%, Frauen: 59,0%) fast doppelt so häufig wie Erwerbstätige (Männer: 37,1%, Frauen: 33,1%). Kurzzeitarbeitslose (Männer: 45,7%, Frauen: 42,5%) hingegen rauchen weniger als Langzeitarbeitslose, jedoch deutlich mehr als Erwerbstätige. Während sich die niedrigsten Raucherquoten bei Eltern, die in einer Partnerschaft leben (Männer: 32,4%, Frauen 29,0%), erkennen lassen, weisen alleinlebende (Männer: 46,5%, Frauen 39,7%) und besonders alleinerziehende Personen (Männer: 51,7%, Frauen 53,1%) deutlich höhere Anteile auf (Lampert & List 2010b, Lampert 2010).

Analysen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) belegen, dass die Lebensform nicht nur Auswirkungen auf das Rauchverhalten der Eltern hat, sondern auch auf das der Kinder. So kommen Francesconi et al. (2010) zu dem Ergebnis, dass Kinder und Jugendliche, die in einem Alleinerzieher-Haushalt aufwachsen, mit 40% öfter rauchen als Kinder in klassischen Familienverhältnissen (35%). Das Risiko zu rauchen steigt bei westdeutschen Scheidungskindern um 14% und bei ostdeutschen sowie Migrantenkindern um 25%. Während die Scheidung der Eltern während der Kindheit negativen Einfluss auf das Rauchverhalten der Kinder ausübt und mit höheren Rauchprävalenzen einhergeht, hat das Aufwachsen mit einer alleinerziehenden Mutter oder der Tod des Vaters kein erhöhtes Rauchrisiko zur Folge.

2.2 Tabakabhängigkeit

In der Literatur wird einerseits der Begriff „Tabakabhängigkeit“ und andererseits der Terminus „Nikotinabhängigkeit“ verwendet. Hintergrund sind die unterschiedlichen Traditionen im amerikanischen und europäischen Raum. So wird in Amerika von „Nikotinabhängigkeit“ gesprochen und argumentiert, dass eine Abhängigkeit ohne den Hauptwirkstoff Nikotin nicht zustande kommen würde. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) jedoch vertritt den Standpunkt, eine Beschränkung auf einen einzelnen Inhaltsstoff sei nicht eindeutig genug, da viele Faktoren zusammenwirkten (Kröger & Piontek 2011). Dieser Begründung folgend, wird in Europa, wie auch in vorliegender Ausarbeitung, der Terminus „Tabakabhängigkeit“ verwendet.

2.2.1 Abhängigkeitspotential

Tabakkonsum geht mit einer erhöhten Suchtgefahr einher. So ist wissenschaftlich erwiesen, dass Zigaretten und andere Tabakerzeugnisse abhängig machen. Für die suchterzeugende

Wirkung ist der im Tabak enthaltene Inhaltsstoff Nikotin verantwortlich, der beim Rauchen über die Lunge in die Blutbahnen aufgenommen wird und innerhalb von Sekunden das Gehirn erreicht (Schaller et al. 2008a). Bis zu 60 Prozent der regelmäßigen Raucher entwickeln eine Tabakabhängigkeit (Hoch et al. 2004; Schenk et al. 2008).

Abhängigkeit wird nach der von der Weltgesundheitsorganisation erstellten internationalen Klassifikation von Krankheitskriterien (ICD-10) folgendermaßen definiert:

- Vorhandensein eines starken Wunsches zur Substanzeinnahme
- Eingeschränkte Kontrollfähigkeit beim Umgang mit der Substanz
- Konsum der Substanz trotz der Kenntnis der schädlichen Auswirkungen
- Vorrang des Substanzgebrauchs vor anderen Grundinteressen und Verpflichtungen in sozialen und beruflich allen Lebensbereichen
- Toleranzentwicklung, d.h. Konsum zunehmend höherer Dosen, um die gleiche Wirkung zu erzielen
- Auftreten von Entzugserscheinungen (wie depressiver Stimmung, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Nervosität, Aggressivität, Unruhe oder verminderter Konzentrationsfähigkeit) bei unterlassenem Konsum der Substanz

Um eine Abhängigkeit zu diagnostizieren, müssen in den letzten 12 Monaten drei dieser Kriterien erfüllt gewesen sein (WHO 2008a).

Die Tabakabhängigkeit besteht aus einer physischen und einer psychischen Abhängigkeit: Die physische Abhängigkeit ist zurückzuführen auf die Wirkung des Nikotins im Gehirn, welches im Belohnungszentrum die Freisetzung von der Substanz Dopamin stimuliert. Diese Substanz suggeriert dem Körper eine Belohnung oder ein Lustgefühl, so dass ein Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und dem Gefühl belohnt zu werden, hergestellt wird. Mit jeder Zigarette prägt sich diese Kombination tiefer ein (Foulds 2006, Schaller et al. 2008a). Eine weitere Wirkung des Nikotins in einem Hirnbereich, der an Lernvorgängen beteiligt ist, führt dazu, dass das Rauchen mit bestimmten Situationen, Handlungen und Empfindungen in Verbindung gebracht wird. Dadurch entsteht eine Konditionierung (weitere Informationen siehe Kapitel 3.2). Dazu gehören beispielsweise die Zigarette zum Kaffee am Morgen, die Zigarette nach dem Essen oder mit Freunden, das Entnehmen und Halten der Zigarette, die Handbewegung zum Mund und der Geruch und Geschmack beim Rauchen. Dieser Konditionierungsprozess macht den Ausstieg so schwer, weil allein bestimmte Situationen

schon das Verlangen nach einer Zigarette hervorrufen können. Dies ist die psychische Abhängigkeit (Benowitz 2008, Foulds 2006, Schaller et al. 2008a).

Diese Ausführungen verdeutlichen das große Abhängigkeitspotential von Nikotin. Im Vergleich mit anderen Substanzen lässt sich zudem feststellen, dass die Gefahr, abhängig zu werden, bei Nikotin besonders ausgeprägt ist. Während etwa ein Drittel der Personen, die jemals geraucht haben, abhängig sind, beläuft sich dieser Wert bei Heroin auf 23%, bei Kokain auf 16% und bei Alkohol auf 15% (Anthony et al. 1994).

Um den Grad der Tabakabhängigkeit festzustellen, wurde ein international anerkanntes Verfahren entwickelt, der sogenannte Fagerström-Test (Fagerström & Schneider 1989):

Tabelle 2: Fagerström-Test for Nicotine Dependence (FTND) (Übersetzung nach Heatherton et al. 1991)

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	
<input type="checkbox"/> Innerhalb von 5 Minuten	3 Punkte
<input type="checkbox"/> Innerhalb von 6 bis 30 Minuten	2 Punkte
<input type="checkbox"/> Innerhalb von 30 bis 60 Minuten	1 Punkt
<input type="checkbox"/> Es dauert länger als 60 Minuten	0 Punkte
2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. in der Kirche, in der Bibliothek, im Kino, usw.) das Rauchen sein zu lassen?	
<input type="checkbox"/> ja	1 Punkt
<input type="checkbox"/> nein	0 Punkte
3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	
<input type="checkbox"/> Die erste am Morgen	1 Punkt
<input type="checkbox"/> andere	0 Punkte
4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?	
<input type="checkbox"/> > 30	3 Punkte
<input type="checkbox"/> 21 - 30	2 Punkte
<input type="checkbox"/> 11 - 20	1 Punkt
<input type="checkbox"/> 0 -10	0 Punkte
5. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages ?	
<input type="checkbox"/> ja	1 Punkt
<input type="checkbox"/> nein	0 Punkte
6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?	
<input type="checkbox"/> ja	1 Punkt
<input type="checkbox"/> nein	0 Punkte
Auswertung	
0-2 Punkte: geringe Abhängigkeit	6-7 Punkte: starke Abhängigkeit
3-5 Punkte: mittlere Abhängigkeit	8-10 Punkte: sehr starke Abhängigkeit

Auf der Basis von sechs Fragen wird mit diesem Diagnoseverfahren der Schweregrad der Abhängigkeit bestimmt. Basierend auf dem Testergebnis, kann die Abhängigkeit zwischen

„gering“ und „sehr stark“ variieren. Je höher die Punktzahl des Testergebnisses, die zwischen 0 und 10 liegen kann, desto stärker ist die Abhängigkeit. Die Abhängigkeitsstärke wird als gering (0-2 Punkte), mittel (3-5 Punkte), stark (6-7 Punkte) und sehr stark (8-10 Punkte) eingestuft, wobei die entscheidenden Items die Frage nach dem Zigarettenkonsum (Frage 4) und dem morgendlichen Rauchverlangen (Frage 1) sind. Bei diesen beiden Fragen können bereits sechs Punkte erreicht werden.

Der Einsatz des Tests als diagnostisches Instrument wird international empfohlen (Kröger & Piontek 2011). Batra (2005) weist darauf hin, dass der Fagerström-Test nicht nur eine Beschreibung des Konsumverhaltens erlaubt, sondern auch Rückschlüsse auf zu erwartende Entzugssymptome sowie die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften Abstinenz zulässt.

2.2.2 Entzugsscheinungen

Das Auftreten von Entzugsscheinungen ist häufig ein zentrales Merkmal bei tabakabhängigen Personen, die einen Rauchstopp durchführen. Diese Entzugssymptome fallen individuell unterschiedlich aus und reichen von Reizbarkeit, innerer Unruhe, Angst, schlechter Stimmung, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Gefühl der Unzufriedenheit und Konzentrationsproblemen über verstärkten Hunger bzw. Gewichtszunahme und einem starken Verlangen nach Tabak (Craving, Suchtdruck) (DKFZ 2009a).

Bereits wenige Stunden nachdem kein Nikotin mehr zugeführt wird, können erste Entzugssymptome auftreten, die innerhalb der ersten zwei Tage ihren Höhepunkt erreichen und insgesamt in der ersten Woche nach dem letzten Konsum am stärksten ausfallen. In den darauffolgenden Wochen und Monaten gehen die Entzugssymptome sukzessive zurück (DKFZ 2009a, Haustein & Groneberg 2008, Weissinger & Schneider 2007). Batra et al. (2006) weisen darauf hin, dass die meisten Entzugssymptome einige Tage bis Wochen andauern können, jedoch bereits häufig nach sieben bis zehn Tagen stark abgeschwächt oder zum Teil auch gänzlich verschwunden sind. Durch das Einnehmen von Nikotin, wie beispielsweise in Form von Nikotinersatzpräparaten (siehe Kapitel 5.3), können Entzugsscheinungen vermindert werden. Nach Kröger & Lohmann (2007) berichtet circa die Hälfte aller Raucher von Entzugssymptomen, welche unangenehm sein und beeinträchtigen können, allerdings für die Gesundheit ungefährlich sind.

2.3 Auswirkungen des Tabakkonsums

Tabakkonsum geht mit zahlreichen Konsequenzen einher, die den Rauchenden selbst, die Mitmenschen, die den Tabakrauch unfreiwillig einatmen, das deutsche Gesundheitssystem und den Staat betreffen.

2.3.1 Gesundheitliche Folgeschäden des Tabakkonsums (Morbidity)

Tabakrauch besteht, wie im Vorfeld erläutert, aus über 4.800 Substanzen, darunter zahlreiche giftige und krebserzeugende Substanzen, die fast jedes Organ im Körper schädigen. Aufgrund seiner hohen Schadstoffkonzentration verursacht Tabakrauch weitreichende gesundheitliche Folgeschäden, die vom amerikanischen Gesundheitsministerium in vier typischen Krankheitsbildern zusammengefasst worden sind: Krebserkrankungen, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Gefäßerkrankungen, Atemwegserkrankungen und andere Krankheiten (U.S. Department of Health and Human Services 2004). Die nachfolgende Übersicht stellt die bedeutsamsten Krankheitsbilder dar:

Tabelle 3: Durch Rauchen verursachte Krankheiten und Gesundheitsschäden (U.S. Department of Health and Human Services 2004)

Krebserkrankungen	Herz- und Kreislauf- erkrankungen, Gefäßerkrankungen	Atemwegs- erkrankungen	Andere Krankheiten
Lungenkrebs	Koronare Herzkrankungen (Herzinfarkt)	Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)	Schwangerschafts- komplikationen
Mundhöhlen-, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs	Zerebrovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall)	Lungenentzündung	Unfruchtbarkeit bei Frauen
Harnleiter-, Blasen- und Nierenkrebs	Bauchaorten- aneurysma	Akute und chronische Bronchitis	Impotenz bei Männern
Magen- und Bauch- speicheldrüsenkrebs	Arteriosklerose	Asthma	Magen- und Zwölf- fingerdarmgeschwür
Gebärmutterkrebs			Niedrige Knochendichte
Leukämie			Osteoporose
			Parodontitis

Insgesamt können bis zu 20% aller Krebserkrankungen auf den Konsum von Tabak zurückgeführt werden. Krebserkrankungen der Lunge, der Mundhöhle, des Kehlkopfes und der Bronchien entstehen laut Angaben des Deutschen Krebsforschungszentrums bis zu 90 Prozent durch Rauchen. Zudem steigt das Risiko einer Krebserkrankung mit der Anzahl

täglich gerauchter Zigaretten, einem frühen Raucheinstieg, der fortschreitenden Anzahl an Raucherjahren und dem Maß der Inhalation. Das heißt je mehr Zigaretten täglich geraucht werden, je früher mit dem Rauchen begonnen wurde, je länger geraucht wird und je tiefer der Rauch inhaliert wird, desto höher ist das Krebsrisiko (Drings et al. 2008).

Raucher haben im Vergleich zu Nichtrauchern ein mehr als doppelt so hohes Risiko Herz-Kreislaufkrankheiten zu bekommen (Conroy et al. 2003). Hintergrund ist, dass Tabakrauch 1) eine Verengung der Blutgefäße und somit eine Erhöhung des Blutdrucks bewirkt, 2) die Innenwand der Blutgefäße, das sogenannte Endothel, schädigt, 3) die Zusammensetzung der Blutfette negativ verändert, so dass die Menge an LDL-Cholesterin (low density lipoprotein) erhöht und die Menge an HDL-Cholesterin (high density lipoprotein) verringert wird, 4) das Blut zähflüssig macht, 5) die Menge des Blutgerinnungsfaktors Fibrinogen erhöht und 6) die Blutplättchen verklumpt, so dass die Bildung von Blutgerinnseln, die die Blutgefäße verstopfen (= Thrombose), begünstigt wird. Insgesamt sind 40% der tabakrauchbedingten Todesfälle auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückzuführen (Krönig et al. 2008).

Neben Krebs- und Kreislaufkrankungen hat der Konsum von Tabak auch gesundheitsschädigende Auswirkungen auf die Atemwege und die Lunge. Zurückzuführen ist dies auf den durch das Inhalieren des Tabakrauchs resultierenden Verlust der bronchialen Flimmerhärchen, auf die vermehrte Schleimproduktion sowie auf die Zerstörung der Lungenbläschen (U.S. Department of Health and Human Services 2004). Eine der relevantesten Atemwegserkrankungen ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD = chronic obstructive pulmonary disease), die bei 90% der Erkrankten ausschließlich als Folge des Rauchens auftritt. Insgesamt entwickelt circa jede vierte bis fünfte rauchende Person eine COPD. Zudem erkranken Raucher deutlich häufiger an Bronchitis, Lungenentzündungen und Tuberkulose als nichtrauchende Personen. Auch der Verlauf von Atemwegserkrankungen ist schwerer (Siemon et al. 2008).

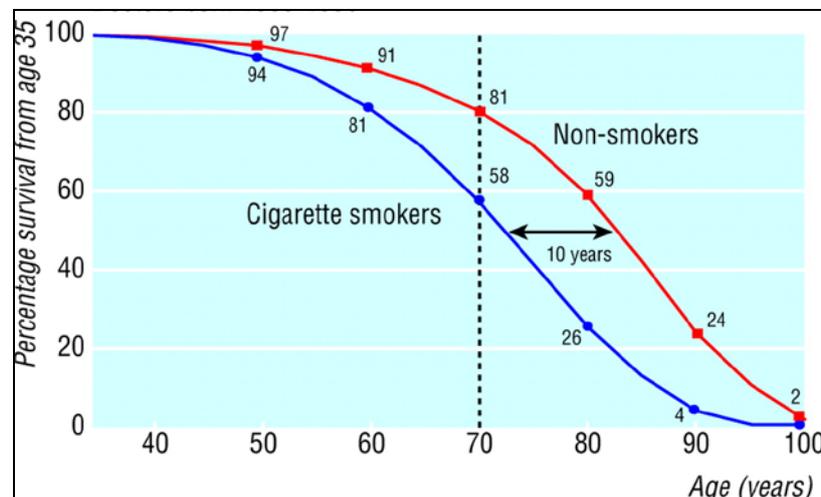
Auch zahlreiche andere gesundheitliche Folgeschäden lassen sich auf den Tabakkonsum zurückführen. So schädigt das Rauchen mitunter Augen, Verdauungstrakt, Skelett und Zahnhalteapparat und kann Unfruchtbarkeit bei Frauen und Impotenz bei Männern herbeiführen. Zudem sind Schwangerschaftskomplikationen – wie Früh-, Fehl- oder Totgeburten, eine vorzeitige Plazentaablösung oder ein verfrühter Blasensprung – möglich (U.S. Department of Health and Human Services 2004).

Ein kausaler Zusammenhang besteht nicht nur zwischen dem Konsum von Tabakprodukten und der Entstehung von vielfach tödlich verlaufenden Erkrankungen. Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird beeinflusst. „Rauchen [ist] mit einer verringerten gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert“ (S. 329), zu diesem Ergebnis kommen Rasch und Greiner (2009) in ihrem systematischen Review, in welchem 24 deutsch- und englischsprachige Publikationen analysiert worden sind.

2.3.2 Durch Tabakkonsum verursachte Sterbefälle (Mortalität)

Nicht nur die zahlreichen Krankheitsbilder, die auf den Tabakkonsum zurückzuführen sind, verdeutlichen, dass Rauchen eines der weltweit größten, vermeidbaren Gesundheitsrisiken darstellt. Auch die hohe Mortalitätsrate als Folge des Rauchens bekräftigt dies. Schätzungen zufolge sind nahezu fünf Millionen vorzeitige Todesfälle pro Jahr auf das Rauchen zurückzuführen (Ezzati & Lopez 2003). Bereits der Enkel des Gründers von Amerikas zweitgrößtem Tabakkonzern, Patrick Reynolds, äußerte, dass die Zigarette das einzige Industrieprodukt ist, welches bei bestimmungsgemäßem Gebrauch zum Tode führt (Herth 2010).

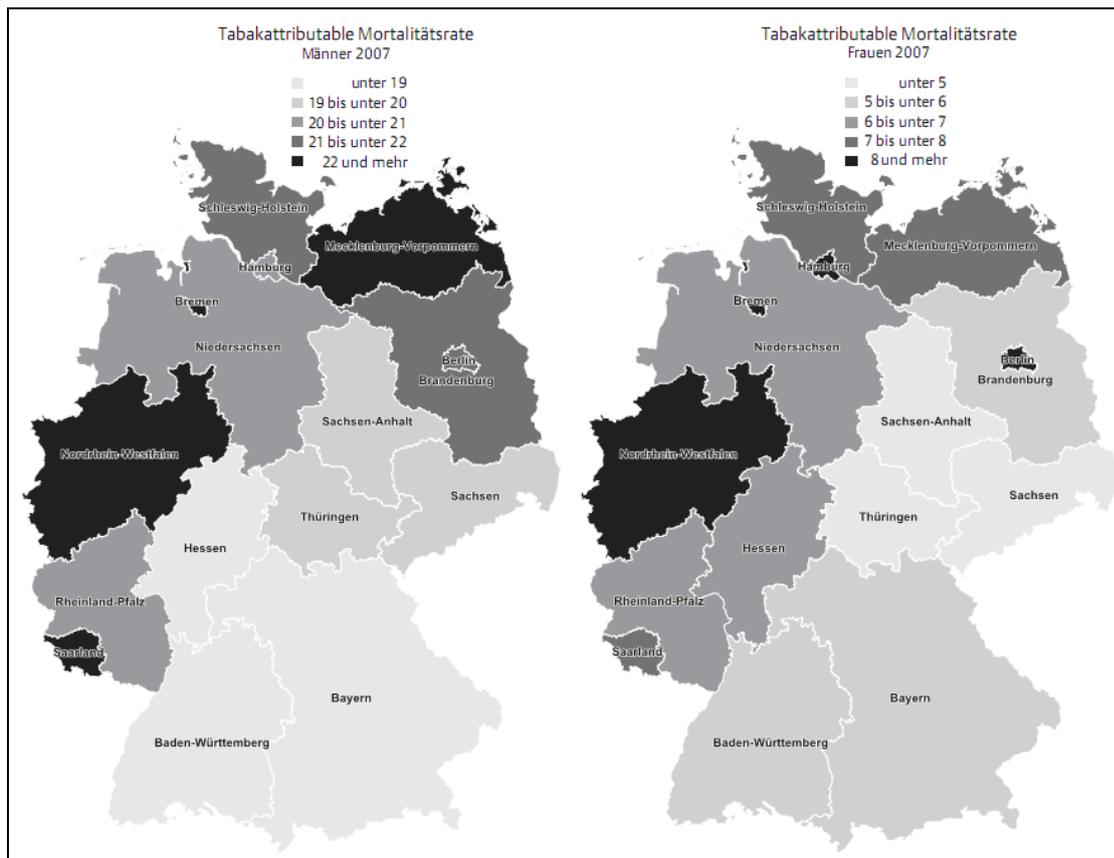
Abbildung 4: Überlebensraten von Rauchern und Nichtrauchern (Doll et al. 2004, S. 1524)



Durchschnittlich ist von einer Lebenserwartung auszugehen, die 10 Jahre kürzer ist als bei nichtrauchenden Personen (Peto et al. 2007). So hat sich in den USA gezeigt, dass nur 81% der Raucher das sechzigste, nur 58% das siebzigste und lediglich 26% das achtzigste Lebensjahr erreichen. Im Gegensatz dazu werden Nichtraucher zu einem größeren Anteil älter: 91% erreichen das sechzigste, 81% das siebzigste und 59% das achtzigste Lebensjahr (Doll et al. 2004) (siehe Abbildung 4).

Neueste Berechnungen zur tabakattributablen Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern (Mons 2011) belegen, dass 2007 insgesamt 106.623 Todesfälle auf Rauchen zurückgeführt werden können. 77.588 Todesfälle entfallen auf die männliche und 29.035 auf die weibliche Bevölkerung. Das macht einen Anteil von 13% tabakrauchbedingter Todesfälle im Alter unter einem Jahr und ab 35 Jahren aus (Männer: 20,2% / Frauen 6,7%).

Abbildung 5: Regionale Unterschiede in der tabakattributablen Mortalitätsrate im Jahr 2007 in Deutschland nach Geschlecht (Mons 2011, S. 243)



Im erwerbsfähigen Alter, also vor dem 65. Lebensjahr, erfolgen 28,1% der tabakbedingten Todesfälle. Insgesamt 106 Neugeborene sterben aufgrund des Tabakkonsums ihrer Mutter während der Schwangerschaft. Mit Blick auf regionale Unterschiede lässt sich ansatzweise ein leichter Nord-Süd-Gradient feststellen (siehe Abbildung 5), der allerdings bei den Männern deutlicher ersichtlich ist, als bei den Frauen. So beläuft sich die tabakattributable Mortalitätsrate der männlichen Bevölkerung in Hessen, Bayern und Baden-Württemberg auf geringem Niveau, während in Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und im Saarland die höchsten Raten zu finden sind. Bei Frauen sind die höchsten tabakattributablen Mortalitätsraten in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg zu

finden, die niedrigsten Raten in den östlichen Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Die Studienergebnisse der letzten Jahre zusammengefasst, lassen pro Jahr in Deutschland bis zu 140.000 Fälle definieren, die an den Folgen des Rauchens versterben (Merfert-Diete 2010). Von diesen tabakbedingten Todesfällen entstehen 43.000 durch Krebs, 37.000 durch Kreislauferkrankungen und 20.000 aufgrund von Atemwegserkrankungen (Lampert & List 2009).

2.3.3 Gefahren des Passivrauchens

Bei der Verbrennung von Tabak wird zwischen Hauptstromrauch, der vom Raucher inhaliert wird, und Nebenstromrauch, der beim Glimmen der Zigarette entsteht, unterschieden. Dieser Nebenstrom wird zusammen mit dem vom Raucher ausgeatmeten Qualm beim Passivrauchen eingeatmet. Aus der Tatsache, dass Tabakrauch, der beim Passivrauchen eingeatmet wird, die identischen giftigen und krebserzeugenden Substanzen enthält wie der vom Rauchenden inhalierte Rauch, lässt sich schlussfolgern, dass auch das Passivrauchen gesundheitsschädlich ist. Von großer Bedeutung ist auch die lange Verweildauer einzelner Komponenten des Passivrauchs in Innenräumen. So lagern sich Giftstoffe an Wänden, Decken, Böden und Gegenständen ab und stellen eine langfristige Expositionsquelle für die im Tabakrauch enthaltenen gesundheitsgefährdenden Substanzen da. Selbst Lüftungstechnische Anlagen können die Giftstoffe nicht vollständig entfernen. Zu diesen Giftstoffen im Passivrauch zählen Blausäure, Acetonitril, Ammoniak und Kohlenmonoxid wie auch die krebserzeugenden Substanzen polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, N-Nitrosamine, aromatische Amine, Benzol, Vinylchlorid, Arsen, Cadmium, Chrom und das radioaktive Isotop Polonium 210. Allerdings tragen auch die Zusatzstoffe, die den Tabakwaren beigemischt werden, zur Entstehung giftiger Verbrennungsprodukte bei. So werden bis zu 600 Zusatzstoffe von der Tabakindustrie hinzugefügt, darunter auch Zucker zur Geschmacksverbesserung und Menthol aufgrund der schmerzlindernden und kühlenden Effekte (Deutsches Krebsforschungszentrum 2005, Lampert & List 2010a, Pust et al. 2006, Schaller & Pötschke-Langer 2008, Schenk et al. 2008).

Passivrauchen stellt ein Gesundheitsrisiko dar, weil die gleichen akuten und chronischen Erkrankungen wie bei Rauchern hervorgerufen werden (siehe Tabelle 4):

Tabelle 4: Risiken des Passivrauchens (DKFZ 2010b, DKFZ 2009a, Schaller & Pötschke-Langer 2008)

Erwachsene				Kinder
Krebs	Atemwege	Herz-Kreislauf	Sonstige Beschwerden	
Lungenkrebs	Reizung der Atemwege (Husten, pfeifende Atemgeräusche, Auswurf, Kurzatmigkeit bei Belastung)	Herzerkrankungen	Augenbrennen und -tränen	akute Atemwegssymptome (Husten, Auswurf, pfeifende Atemgeräusche, Atemnot)
Brustkrebs (bei Frauen vor der Menopause)	Reizung der Nase	Herzinfarkt	Reizung der Schleimhäute	Lungenentzündung
	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Erkrankungen der Herzkranzgefäße	Erhöhte Infektanfälligkeit	Bronchitis
	Verschlimmerung der Mukoviszidose	Schlaganfall	Kopfschmerzen	beeinträchtigte Lungenfunktion
			Schwindelanfälle	Verschlimmerung von Asthma
				Mittelohrentzündung
				geringeres Geburtsgewicht
				plötzlicher Kindstod

Zu den Folgen einer kurzzeitigen Passivrauchexposition zählen gereizte Atemwege, brennende und tränende Augen, geschwollene und gerötete Schleimhäute sowie Kopfschmerzen, Schwindel, Atemlosigkeit, Müdigkeit und eine erhöhte Infektanfälligkeit. Mit langfristiger Passivrauchbelastung stehen weitere schwerwiegende Erkrankungen in Verbindung. So geht Passivrauchen mit einem erhöhten Risiko für Krebs, Atemwegs- und Herz-Kreislauserkrankungen einher (DKFZ 2010b, DKFZ 2009a, Schaller & Pötschke-Langer 2008). Alles in allem erhöht Passivrauchen das Lungenkrebsrisiko um 20-30% und das Risiko für Herz-Kreislauserkrankungen um 25-30% (DKFZ 2010b). Die Belastungen durch Passivrauchen haben zur Konsequenz, dass aufgrund dessen in Deutschland jedes Jahr über 3.300 nichtrauchende Personen versterben. Rund 2.150 Personen sterben jährlich als Folge von Passivrauchen an einer koronaren Herzkrankheit, etwas 700 Personen an Schlaganfällen und circa 260 Menschen an Lungenkrebs (DKFZ 2009a).

Laut Angaben einer globalen Studie über die Risiken des Passivrauchens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben weltweit 603.000 Personen pro Jahr durch unfreiwilliges Einatmen von Tabakrauch. Davon entfallen 47% der Sterbefälle auf Frauen, 26% auf Männer und 28% auf Kinder. Den Berechnungen liegen Daten von 194 Ländern aus

dem Jahr 2004 zugrunde, wobei die Todeszahlen auf Hochrechnungen und Schätzungen beruhen (Öberg et al. 2010).

Besonders gefährdet sind Föten, Säuglinge und Kinder. Dementsprechend sind Neugeborene, deren Mütter während der Schwangerschaft Passivrauch ausgesetzt waren, im Schnitt 30 bis 60 Gramm leichter. Zudem ist das Risiko für einen plötzlichen Kindestod erhöht und auch angeborene Fehlbildungen treten häufiger auf. Da die kindlichen Organe noch nicht vollständig entwickelt und gegenüber Schadstoffen des Tabakrauchs besonders empfindlich sind, sind passivrauchende Kinder anfälliger für Atemwegsbeschwerden, Atemwegsinfektionen, Asthma, Hirnhautentzündung und Mittelohrentzündungen sowie verschlimmerten Krankheitssymptomen bei bereits vorhandenem Asthma (DKFZ 2010b).

Diese Ergebnisse lassen erkennen, warum kein unbedenklicher Schwellenwert für Passivrauchen definiert werden kann, unterhalb dessen sich keine Gesundheitsgefahren vermuten lassen. Bereits 1998 kam die Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zu dem Resultat, dass Passivrauchen erwiesenermaßen krebserzeugend für den Menschen ist und es keine Menge an Tabakrauch gibt, die ungefährlich ist. Die Definition eines unteren Grenzwertes für eine noch als akzeptabel geltende Tabakrauchkonzentration wurde ausdrücklich abgelehnt (Pust et al. 2006).

Obgleich das Gefährdungspotential von Passivrauchen wissenschaftlich erwiesen ist, werden zahlreiche Personen regelmäßig damit konfrontiert. Nach Angaben des telefonischen Surveys „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ aus dem Jahr 2009 ist jede dritte nichtrauchende Person ab 18 Jahren mindestens einmal pro Woche einer Passivrauchbelastung ausgesetzt. Mit Blick auf die Genderperspektive lässt sich feststellen, dass dies bei Männern (42%) deutlich häufiger zutrifft als bei Frauen (26%). Dies trifft auf jede Altersgruppe zu. Unterschiede ergeben sich beim Anteil der Nichtrauchenden, die Passivrauchbelastungen ausgesetzt sind, zwischen den Altersgruppen. Mit deutlich über 60% sind am meisten junge Erwachsene zwischen 18 und 29 Jahren exponiert. Aber auch im mittleren Erwachsenenalter sind Werte zwischen knapp unter 20% bis hin zu fast 50% zu verzeichnen. Ab dem 60. Lebensjahr nimmt die Passivrauchbelastung wieder ab. Bezogen auf die tägliche Passivrauchbelastung lässt sich feststellen, dass mit 9% aller nichtrauchenden Frauen und 13% aller nichtrauchenden Männer etwa jede zehnte Person in dieser Häufigkeit Tabakrauch passiv einatmet (Lampert & List 2010a).

Die Belastung durch Passivrauch unterscheidet sich nach dem sozialen Status einer Person. Wie auch bei der Rauchprävalenz ist ein Schichtgradient vorhanden. So ist die Passivrauchbelastung höher, je niedriger der soziale Status ist. Verdeutlichen lässt sich diese Aussage an der Tatsache, dass z.B. Nichtraucherinnen aus niedrigen sozialen Statusgruppen im Vergleich zu Nichtraucherinnen aus hohen Statusgruppen ein zweimal höheres Risiko haben von Passivrauchen belastet zu werden (Lampert & List 2010a).

2.3.4 Monetäre Konsequenzen

Den staatlichen Tabaksteuereinnahmen in Höhe von 13,56 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt 2009b) im Jahr 2009, stehen beachtliche Summen gegenüber, die der Staat für die zahlreichen durch den Tabakkonsum verursachten Erkrankungs- und Todesfälle zu entrichten hat. Die durch den Tabakkonsum verursachten volkswirtschaftlichen Kosten werden auf insgesamt 21 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt (Neubauer et al. 2006) und stellen eine große finanzielle Belastungen für das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft dar.

Adams und Effertz (2009) summieren in ihrer Publikation indirekte, direkte und intangible Kosten, um so die Gesamtsumme tabakbedingter Kosten für Gesundheitswesen und Volkswirtschaft zu ermitteln. Indirekte Kosten werden dabei definiert als Kosten, „die dadurch entstehen, dass aufgrund von Krankheit und vorzeitigem Tod ansonsten von den Betroffenen hergestellte Güter und Dienstleistungen nicht mehr erstellt werden können. Indirekte Kosten sind somit die Produktivitätsausfälle einer Volkswirtschaft, die auf den Konsum von Tabakprodukten zurückzuführen sind.“ (S. 1). Adams und Effertz kommen mit 24,89 Milliarden Euro indirekten Kosten des Tabakkonsums im Jahr 2007 auf einen ähnlich hohen Wert wie bereits Neubauer et al. (2006). Hinzu kommen die direkten Kosten, die den Wert aller aufgrund der tabakbedingten Krankheit verbrauchten Güter darstellen. Zu den direkten Kosten zählen somit Arzneimittel, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, medizinische Dienstleistungen wie Operationen und Kosten von z.B. Rehabilitationsmaßnahmen. Werden alle direkten Kosten des Tabakkonsums im Jahr 2007 summiert, so ergibt sich ein Wert von 8,66 Milliarden Euro. Aufgrund der schlechten Datenlage können die weiteren direkten Kosten wie Rauchschäden, Unfälle im Straßenverkehr durch Tabakkonsum während der Fahrt oder Müllbeseitigungskosten für Zigarettenkippen nicht beziffert werden. Zusammengenommen lassen sich 33,55 Milliarden Euro direkte und indirekte Kosten des Tabakkonsums definieren, die wiederum um intangible Kosten, d.h. die Einschränkungen der Lebensqualität, Leid und Schmerzen der Betroffenen, ergänzt werden müssen. Da intangible Kosten aber schwer zu erfassen sind, kann lediglich

eine grobe Schätzung erfolgen. Diese Schätzung gründet auf dem vielfach verwendeten Betrag von 100.000 Dollar pro verlorenes Lebensjahr, der – bezogen auf den Tabakkonsum – auf intangible Gesamtkosten von mehr als 70 Milliarden Euro schließen lässt (Adam & Effertz 2009).

2.4 Zwischenfazit

Mit dem vorliegenden Kapitel wird deutlich, dass Tabakkonsum ein gesamtgesellschaftliches Problem darstellt. Gesundheitliche Folgeschäden, durch Rauchen verursachte Sterbefälle, regionale und soziale Unterschiede im Tabakkonsum, das hohe Abhängigkeitspotential sowie die Gefahren des Passivrauchens und die volkswirtschaftlichen Konsequenzen verdeutlichen die dringende Notwendigkeit tabakpräventiven Handelns zur Förderung des Nichtrauchens. Aus der Public Health Perspektive ist ein flächendeckendes, aufeinander abgestimmtes Angebot zielgerichteter Maßnahmen unentbehrlich. Diese Notwendigkeit wurde erkannt und in nationalen und internationalen Strategien und Abkommen zur Reduktion des Tabakkonsums aufgegriffen (siehe Kapitel 4). Um Maßnahmen zur Veränderung von Verhalten planen und darauf aufbauend nachhaltige Strategien umsetzen zu können, ist es zuvor wichtig, Theorien und Modell der Verhaltensänderung zu kennen. Daher werden im nachfolgenden Kapitel 3 die grundlegenden theoretischen Rahmenbedingungen der Verhaltensänderung betrachtet.

3 Theoretische Rahmenbedingungen der Verhaltensänderung

Gesundheitsverhalten wird beschrieben als Verhalten, Verhaltensmuster, Handlung oder Gewohnheit, die die Gesundheit erhalten, wiederherstellen oder verbessern soll. Zu diesen Verhaltensweisen zählen mitunter regelmäßiger Sport, eine ausgewogene, gesunde Ernährungsweise, die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, die Verwendung von Sonnenschutzmitteln und das Nutzen von Kondomen bei neuen Sexualpartnern. Auch das Unterlassen von Risikoverhaltensweisen, wie dem Rauchen, kann als Gesundheitsverhalten verstanden werden (Knoll 2005).

Um das Unterlassen der Risikoverhaltensweise Rauchen zu fördern und Maßnahmen zur Verhaltensänderung planen und durchführen zu können, ist – neben Informationen über die Epidemiologie, den Komponenten der Tabakabhängigkeit und den gesundheitsgefährdenden Auswirkungen des Tabakkonsums, die in Kapitel 2 dargestellt worden sind – auch das psychologische Verständnis des Rauchens von zentraler Bedeutung. Warum rauchen Personen und warum hören sie nicht mit dem Rauchen auf? Welche Faktoren sind für eine Verhaltensänderung, d.h. einen dauerhaften Rauchstopp, relevant? Viele Raucher führen als Erklärung für ihr Verhalten positive Motive wie Genuss, Glücksempfinden, Kontakterleichterung in geselliger Runde, Entspannung oder gutes Geschmackserlebnis an. Das Rauchen wird positiv verstärkt, da auf das Rauchverhalten eine Verbesserung der Gemütslage folgt. Lerntheoretische Ansätze besagen, dass ein Verhalten besonders dann stabil ist und dauerhaft beibehalten wird, wenn es belohnt wird. Aber auch durch negative Verstärkung kann das Rauchverhalten aufrechterhalten werden. Unangenehme Zustände wie Unruhe, Verlangen nach Zigaretten oder Angst vor Entzugserscheinungen verschwinden, wenn geraucht wird, oder treten erst gar nicht auf, wenn frühzeitig wieder Tabak konsumiert wird. Negative Zustände werden somit durch Nikotinzufuhr vermieden. Zum Teil verspüren Raucher auch die negativen Folgen ihres Verhaltens, wie beispielsweise körperliches Unwohlsein, stinkende Kleidung und Mundgeruch. Allerdings werden diese kurzfristigen negativen Folgen von den positiven Folgen überdeckt und beeinflussen das Rauchverhalten kaum. Die langfristigen Folgen des Rauchens, wie gesundheitliche Schäden und mangelnde Fitness, werden verdrängt und erst mit großer Verzögerung realisiert (Kröger 2005).

Um einen Prozess der Verhaltensänderung einzuleiten und Verhaltensweisen dauerhaft in eine andere Richtung zu lenken, ist das Wissen über relevante Einflussgrößen und

Wirkmechanismen wesentlich. Die Veränderung von Gesundheitsverhalten ist Gegenstand von Modellen und Theorien, die versuchen, die zentralen Faktoren, die diesen Prozess beeinflussen und erklären können, zu erfassen. Dies kann bei der Planung und Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen von großem Nutzen sein (Reuter & Schwazer 2009). Um die zentralen Bedingungen des Gesundheitsverhaltens in Bezug auf den Konsum von Tabak zu verdeutlichen und das für das hier zu betrachtende internetbasierte Ausstiegsprogramm grundlegende theoretische Konzept zu erfassen, gilt in der wissenschaftlichen Fachöffentlichkeit, wie auch in der vorliegenden Forschungsarbeit, dem transtheoretischen Modell (Transtheoretical Model, TTM) von Prochaska und DiClemente besondere Aufmerksamkeit (siehe Kapitel 3.1). Das transtheoretische Modell ist eine in der Tabakprävention wissenschaftlich vielfach verwendete Theorie, die den Prozess des Ausstiegs aus dem Rauchen – der in vorliegender Arbeit von zentralem Interesse ist – erfasst und sich in besonderem Maße zur Entwicklung und Umsetzung von effektiven Interventionsstrategien zum Rauchstopp eignet. Im Anschluss werden Theorien und Modelle dargelegt, die die Entwicklung und Aufrechterhaltung des Tabakkonsums erklären und die Prozesse und Bedingungen für einen Rückfall differenzieren (siehe Kapitel 3.2).

3.1 Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Gesundheitsverhaltensmodelle lassen sich in kontinuierliche Prädiktionsmodelle und dynamische Stadienmodelle untergliedern. Das transtheoretische Modell zählt zu den dynamischen Stadienmodellen, die Personen qualitativ unterschiedlichen Stadien zuordnen, in welchen unterschiedliche Bedürfnisse und Hindernisse vorhanden sind. „Stadienmodelle unterscheiden mindestens zwei Phasen der Gesundheitsverhaltensänderung, zum Beispiel eine motivationale Phase, in der eine Absicht gebildet wird, und eine volitionale Phase, in der die Absicht in konkretes Verhalten umgesetzt wird.“ (Reuter & Schwarzer 2009, S. 36). Im Vergleich dazu versuchen „kontinuierliche Prädiktionsmodelle [...], die relevanten Faktoren zu identifizieren, mit denen vorhergesagt werden kann, ob jemand die Absicht entwickelt, sein Verhalten zu ändern. Diese Faktoren (Prädiktoren) werden in eine Regressionsgleichung eingesetzt, aus der sich die Wahrscheinlichkeit ergibt, mit der eine Verhaltensänderung resultiert. Personen können demnach auf einem Wahrscheinlichkeitskontinuum der Verhaltensänderung angeordnet werden.“ (Reuter & Schwarzer 2009, S. 35). Dabei werden keine Aussagen getroffen, in welcher Reihenfolge die Faktoren angeordnet werden müssen oder welche Faktoren, welchen Personengruppen besonders nutzen.

In der Raucherentwöhnung ist das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente (1983) besonders relevant und für das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ konzeptionelle Grundlage. Es ist ein vielfach verwendetes Modell, um die Bedingungen und Auslöser für einen Rauchstopp zu untersuchen. Das Modell wurde mit starkem Bezug auf Suchtverhaltensweisen wie das Rauchen entwickelt. Mittlerweile wird es aber ebenfalls in anderen Bereichen des Gesundheitsverhaltens eingesetzt.

Zur Beschreibung des Verlaufes einer Tabakabhängigkeit lassen sich mit dem transtheoretischen Stufenmodell verschiedene Phasen definieren, die sich durch eine unterschiedliche Zufriedenheit mit dem persönlichen Rauchverhalten und eine unterschiedliche Motivation, das Rauchen einzustellen oder weiter zu rauchen, auszeichnen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Stadienmodell der Entwöhnungsmotivation bei Rauchern nach Prochaska und DiClemente (1983) (modifiziert nach Batra 2001a, S. 196 und modifiziert nach Kröger & Lohmann 2007, S. 16)

Stufe der Veränderung	Motivationsform des Rauchers
Stabiles Rauchen (Praecontemplation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Raucher hat kein Interesse, mit dem Rauchen aufzuhören. ▪ Nachteile, die mit dem Tabakkonsum verbunden sind, werden nicht realisiert oder zum Anlass genommen, das Rauchen zu überdenken.
Absichtsbildung (Contemplation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Rauchverhalten besteht. ▪ Der Raucher ist dissonant, er setzt sich mit seinem Rauchverhalten kritisch auseinander und zieht in Erwägung, mit dem Rauchen aufzuhören, jedoch ohne eine konkrete Veränderungsbereitschaft. ▪ Es liegt keine Bereitschaft vor, das Rauchen innerhalb der nächsten 6 Monate aufzugeben.
Vorbereitungsphase (Preparation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Raucher ergreift Maßnahmen, um sein Vorhaben zu realisieren (Abstinenztag bestimmen, professionelle Beratung in Anspruch nehmen, etc.). ▪ Bestehende kognitive Dissonanz zwischen der Bereitschaft das Verhalten zu ändern und dem Wunsch nach Aufrechterhaltung des eingeschliffenen und noch als zum Teil positiv bewerteten Konsummusters.
Handlung (Action)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Raucher hat den festen Vorsatz, in Kürze das Rauchen zu beenden. ▪ Er ist motiviert und gewillt, das Rauchen auf eigene Initiative oder mit Hilfe professioneller Unterstützung aufzugeben.
Aufrechterhaltung (Maintenance)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach sechsmonatiger Abstinenz tritt der Raucher in die Erhaltungsphase ein und muss noch immer um die Beibehaltung der Abstinenz kämpfen. Auch nach einem Jahr kann die Rückfallquote etwa 1% pro Jahr betragen.
Nichtraucherphase (Termination)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach Jahren kann sich ein ehemaliger Raucher als stabiler Ex-Raucher bezeichnen.

Das transtheoretische Modell beschreibt den Prozess einer Verhaltensänderung als ein Durchlaufen unterschiedlicher Stufen, die aufeinander aufbauen. Unterschieden werden die Stadien bzw. Stufen der Absichtslosigkeit (Praecontemplation), d.h. des stabilen Rauchens, der Absichtsbildung (Contemplation), der Vorbereitung (Preparation), der Handlung (Action), der Aufrechterhaltung (Maintenance) und der Stabilisierung (Termination). Während im Stadium der Absichtslosigkeit die Auseinandersetzung mit dem Rauchen fehlt und keine Änderung des Rauchverhaltens beabsichtigt ist (Bsp: „Ich rauche 20 Zigaretten pro Tag und denke nicht darüber nach, mit dem Rauchen aufzuhören.“), findet in der Phase der Absichtsbildung zunehmend eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Rauchverhalten statt. Der Raucher entwickelt sich zum dissonanten Raucher (Bsp: „Ich rauche 20 Zigaretten pro Tag und denke darüber nach, mit dem Rauchen aufzuhören.“). In der Vorbereitungsphase werden erste Maßnahmen zur Änderung des Rauchverhaltens geplant (Bsp: „Ich rauche 20 Zigaretten pro Tag und habe vor, mit dem Rauchen aufzuhören.“). Darauf folgt die Handlungsphase, in der sich der Raucher zur Abstinenz entschließt und einen Rauchstopp durchführt (Bsp: „Ich habe neuerdings mit dem Rauchen aufgehört.“). Ex-Raucher befinden sich in der Aufrechterhaltungsphase (Bsp: „Ich rauche schon seit einiger Zeit nicht mehr.“), haben allerdings bei selbst initiierten Aufhörversuchen ohne professionelle Unterstützung eine Rückfallwahrscheinlichkeit von etwa 95% (Kröger & Lohmann 2007). In der Phase der Stabilisierung wird das Zielverhalten automatisch durchgeführt, wobei die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls sehr gering ist (Bsp: „Ich rauche schon lange nicht mehr und das strengt mich überhaupt nicht an.“).

In jeder Phase kann der Raucher durch Veränderungen in die nächste höhere Stufe, aber auch in die Stufe darunter gelangen. Somit lässt sich aus dem Modell die Erkenntnis gewinnen, dass Raucher abhängig vom Grad ihrer Bereitschaft zum Rauchstopp unterschiedliche Bedürfnisse bezüglich der Unterstützung bei der Tabakentwöhnung aufweisen (Geier 2010; Renneberg & Hammelstein 2006). Für die Raucherentwöhnung leitet sich aus dem transtheoretischen Modell der Anspruch ab, die Interventionsstrategie genau an die Veränderungsbereitschaft eines Rauchers anzupassen. Je nachdem in welcher Phase sich der Raucher befindet, ist eine individuell auf die jeweilige Situation zugeschnittene Ansprache und Unterstützung notwendig (Batra 2001a).

Dementsprechend ist es nach Batra (2001a) in der Phase der Absichtslosigkeit ohne die notwendige Motivation zum Rauchstopp wichtig, die Gesundheitsgefährdung durch das

Rauchen, zu erwartende positive Veränderungen einer konsequenten Abstinenz und therapeutische Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen. In der Phase der Absichtsbildung sind im Rahmen einer eingehenden Beratung nicht nur Informationen zur Gefährlichkeit des Tabakkonsums notwendig, sondern auch positive Aussagen zur Wirksamkeit und Abstinenzwahrscheinlichkeit von Entwöhnungsmaßnahmen zum Rauchstopp. In den nachfolgenden Entschluss- und Handlungsphasen ist die intensive Unterstützung des Rauchers bei der Planung und Umsetzung des Vorhabens entscheidend. Dies kann durch Informationen zur Bewältigung von Entzugserscheinungen, die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung oder auch durch die Vermittlung von Angeboten zur Ausstiegsbegleitung geschehen. In der Phase der Aufrechterhaltung sollte zur Sicherung der langfristigen Abstinenz kontinuierlich Hilfe bei kritischen Situationen eines Rückfalls angeboten werden.

3.2 Konzepte zur Ätiologie des Rauchens

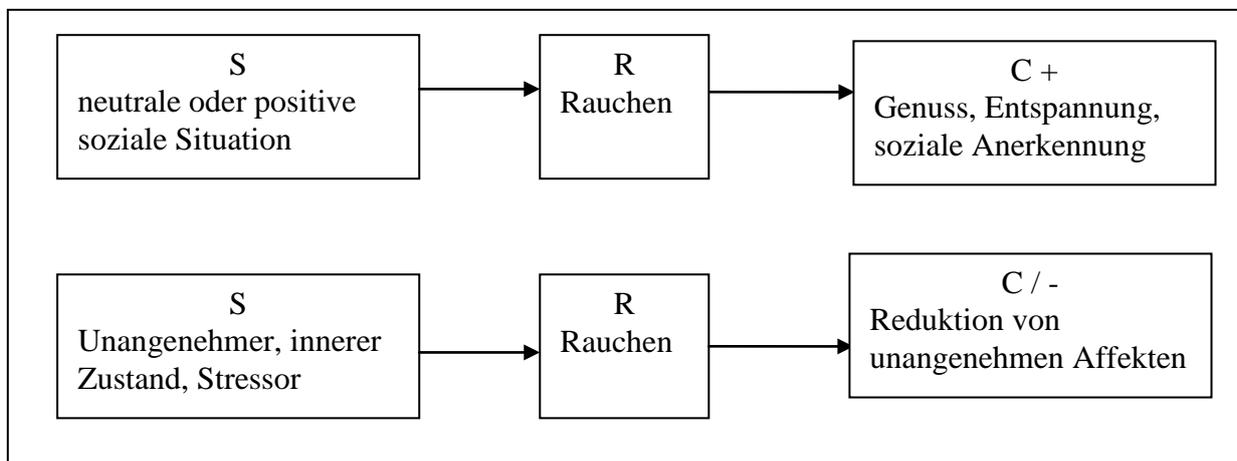
Gründe für die Entstehung von Sucht werden in diesem Kapitel aus unterschiedlichen Perspektiven erläutert. Es ist wichtig, diese Faktoren zu kennen, um gezielte Interventionen gegen Suchterkrankungen zu entwickeln und die internetbasierte Präventionsstrategie des vorliegenden Programms zur Förderung des Rauchausstieges („rauchfrei“ siehe Kapitel 7.1) nachvollziehen zu können. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden Erklärungsmodelle aufgeführt, die das Phänomen des Rauchens aus verschiedenen Perspektiven betrachten. Während für den Beginn des Tabakkonsums soziale Verstärker, die Peer-Group, Marketingstrategien der Zigarettenindustrie oder Werterhaltung der Eltern entscheidend sind, spielen für die Stabilisierung des Konsumverhaltens und die Entwicklung einer Tabakabhängigkeit die Prozesse der klassischen und operanten Konditionierung, die in Kapitel 3.2.1 vorgestellt werden, eine besondere Rolle. Im Anschluss daran werden kognitive Modelle (Kapitel 3.2.2) aufgeführt, anhand derer der Einfluss von Erwartungen an die Wirkung des Tabakkonsums deutlich wird, sowie das integrative Drei-Faktoren-Modell der Suchtentstehung von Tretter & Müller (2001) (Kapitel 3.2.3). Bei der Erläuterung des sozial kognitiven Rückfallmodells von Marlatt und Gordon (1985) (Kapitel 3.2.4) werden mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung und fundierten Bewältigungsstrategien zur Überwindung von Risikosituationen zentrale Komponenten zur Verhinderung eines Rückfalls benannt.

3.2.1 Klassische und operante Konditionierung

Der Begriff „Konditionierung“ bezeichnet erlernte Reiz-Reaktionsmuster und wird in die Bereiche der klassischen und der operanten Konditionierung gegliedert. Klassische Konditionierung definiert ein durch einen bestimmten Reiz ausgelöstes Verhalten. Unter operanter Konditionierung ist spontanes Verhalten zu verstehen, welches in Abhängigkeit von der wahrgenommenen Konsequenz zielgerichtet wird (Winkelmann et al. 2006).

Bezogen auf den Tabakkonsum bedeutet das, dass Rauchen im Rahmen der operanten Konditionierung positiv und negativ verstärkt wird (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Positive und negative Verstärkung (Kröger & Lohmann 2007, S. 21)



Positive Verstärkung wird durch die Wirkung des Nikotins im Gehirn erreicht, so dass beim Konsum von Zigaretten Genuss, Glück und Entspannung empfunden und Rauchen als angenehm erlebt wird. Die ritualisierten Handlungen des Rauchens, wie das Anzünden einer Zigarette, können auch das Zusammengehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe verstärken. Im Sinne der negativen Verstärkung wird einem unangenehmen, durch Entzugserscheinungen ausgelösten Körper- und Gefühlszustand entgegengewirkt, indem Tabak konsumiert wird. Spannungen werden reduziert, die Stimmung bessert sich. Das erneute Rauchen dient somit der Reduktion negativer Empfindungen, die allerdings durch das Rauchen selbst ausgelöst wurden (Kröger & Lohmann 2007). Batra & Buchkremer (2008) fassen zusammen, dass „die durch den Tabakkonsum erlebte positive Verstärkung (Konzentrationsförderung, positive Empfindung) sowie das Nachlassen von unangenehm erlebten, aversiven Stimmungszuständen (Anspannung, Angst, Nervosität, Entzugsphänomene) [...] zu einer Verhaltensverstärkung im Sinne der operanten Konditionierung [führen]“ (S. 244). Kröger und Lohmann (2007) bezeichnen diesen Prozess als Teufelskreis des Rauchens.

„Die Kopplung des Rauchvorgangs und damit der rauchbezogenen Effekte an vormals neutrale [...] Stimuli entspricht dem Prinzip der klassischen Konditionierung.“ (Friedrich & Batra 2002, S. 160). Zu diesen vormals neutralen Reizen beim Rauchen gehören beispielsweise bestimmte Umgebungen (wie Aufenthaltsräume), Zeitpunkte (wie sofort nach dem Essen) oder Objekte (wie der Aschenbecher). Durch die wiederholte Verbindung dieser neutralen Reize mit dem Verlangen nach Nikotin werden sie zu mit dem Rauchen assoziierten Stimuli, d.h. zu konditionierten Reizen, so dass Aufenthaltsräume, Zeitpunkt nach dem Essen oder Aschenbecher die konditionierte Reaktion des Verlangens nach einer Zigarette hervorrufen. So erlangen z.B. Reize aus der Umgebung die Eigenschaft, selbst die Vorfreude auf Tabak und entsprechendes Verlangen nach einer Zigarette herbeizuführen (Kerr et al. 2007). „Diese neutralen Stimuli werden durch die klassische Konditionierung zu Triggern, die eine Aktivierung des Erwartungssystems, also Lust und Vorfreude, auslösen und zuverlässig mit dem weiteren Konsum und der folgenden Wirkung des Nikotins assoziiert sind. [...] Der Raucher verspürt bereits beim Anblick einer Zigarette, dem konditionierten Stimulus, ein Verlangen (Craving), das erst gestillt wird, wenn er die Zigarette raucht.“ (Kröger & Lohmann 2007, S. 22/23).

3.2.2 Kognitive Modelle

Kognitive Modelle betrachten den Einfluss von Erwartungen und Bewertungsprozessen an die Wirkung des Tabakkonsums (Kröger & Lohmann 2007). „Positive Attributionen und Erwartungen an die Wirkung des Tabaks erhöhen das Rauchverlangen. Dabei werden negative Attribute des Tabakkonsums überwiegend ausgeblendet.“ (Friedrich & Batra 2002, S. 160). Zudem kann das Rauchen die Funktion eines nonverbalen Kommunikationsmittels einnehmen und mit Gesprächsbereitschaft assoziiert werden oder als Symbol der Geselligkeit gelten (Friedrich & Batra 2002).

Zu den Begründern einer der ersten Theorien über Gesundheitsverhalten zählt Festinger (1957), der die Theorie der kognitiven Dissonanz aufgestellt hat. Nach dieser Theorie wird deutlich, warum Raucher trotz gegensätzlicher Gefühlszustände für und gegen ein rauchfreies Leben weiterhin Tabak konsumieren. Die Situation der kognitiven Dissonanz führt nach Lohmann & Kröger (2007) zu einem unangenehmen Zustand der Anspannung. Einerseits ist dem Raucher bewusst, dass ein Rauchstopp einhergeht mit mehr körperlicher Fitness, geringeren Ausgaben und einer besseren Gesundheit; andererseits sind zahlreiche Gedanken gegen ein rauchfreies Leben, wie z.B. eine mögliche Gewichtszunahme, Nervosität oder

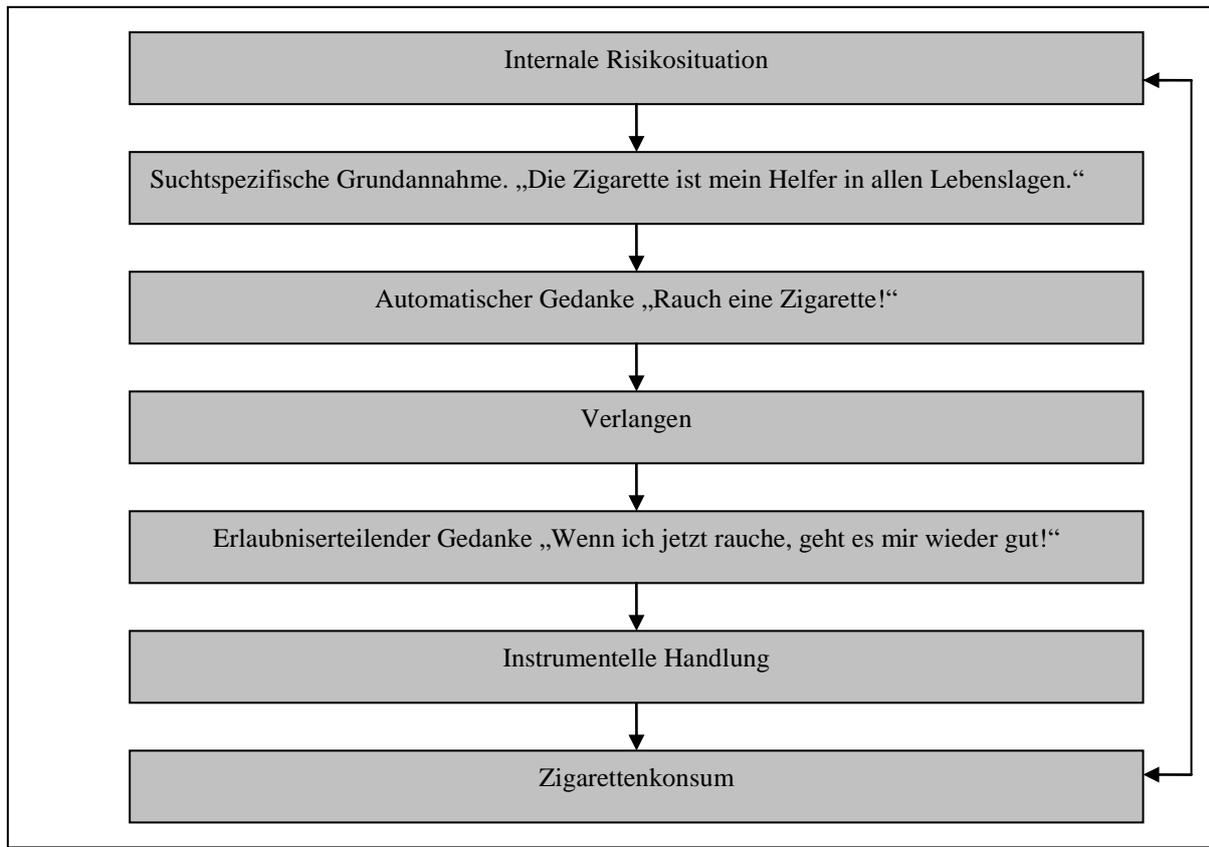
Entzugserscheinungen, vorhanden. Um diese innere Anspannung abzubauen, versuchen Raucher ihre Gedanken und Einstellungen zu verändern, indem die positiven Aspekte des Tabakkonsums hervorgehoben, die Gefahren bagatellisiert und das Beibehalten des Rauchens somit gerechtfertigt wird. Nach Siegrist (2005) lassen sich fünf Bereiche definieren, die die Theorie der kognitiven Dissonanz am Beispiel des Rauchens verdeutlichen:

1. Informationen werden selektiv wahrgenommen, so dass einstellungskonforme Informationen zum Tabakkonsum überbewertet und gegensätzliche Aussagen abgewertet werden.
2. Durch den Vergleich mit noch gefährlicheren Gesundheitsgefahren wie zum Beispiel atomarer Strahlung erscheint der Konsum von Zigaretten weniger riskant.
3. Persönliche Konsequenzen werden verleugnet, indem z.B. aufgezeigt wird, dass starke Raucher sehr alt geworden sind oder alle Menschen irgendwann sterben müssen. Zum Teil wird die eigene geringe Vulnerabilität betont.
4. Viele Raucher fühlen sich in der Lage, das Rauchen, wenn es notwendig ist, aufgeben zu können und verweisen auf diese Fähigkeit zur Selbstkontrolle.
5. Im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse, d.h. dem Vergleich der Konsequenzen des Rauchens (wie der Gesundheitsgefährdung) und des Nichtrauchens (wie einer Gewichtszunahme und Entzugserscheinungen), werden die negativen Aspekte einer Verhaltensänderung überbewertet.

Die Umwelt des Rauchers, aber auch die öffentliche Meinungsbildung tragen entscheidend zu einer kognitiven Dissonanz bei. Während Raucher, die Tabakkonsum in ihrer Umwelt als sozial akzeptiert erleben, in ihren Kognitionen, Rauchen sei positiv, bestärkt werden, erhöht sich die Dissonanz bei denjenigen Rauchern, die beispielsweise negative Rückmeldungen aus dem Familien- oder Freundeskreis hinsichtlich ihres Rauchverhaltens erhalten. Zur Verstärkung positiver Kognitionen versucht besonders die Tabakindustrie durch differenzierte Marketingstrategien und hohe Werbebudgets Rauchen als attraktiv, abenteuerlich und sozial darzustellen und ein positives Image zu stärken (Lohmann & Kröger 2007).

Das kognitive Suchtmodell von Beck und Kollegen (1997) benennt als Begründung für den Drang zu Rauchen und das eigentliche Rauchverhalten ein „Netzwerk von dysfunktionalen Grundannahmen, die die meisten Suchtpatienten um ihren Konsum aufbauen.“ (Beck et al. 1997, S. 26).

Abbildung 7: Modell der suchtspezifischen Grundannahmen nach Beck bezogen auf den Tabakkonsum (Lohmann & Kröger 2007, S. 25)



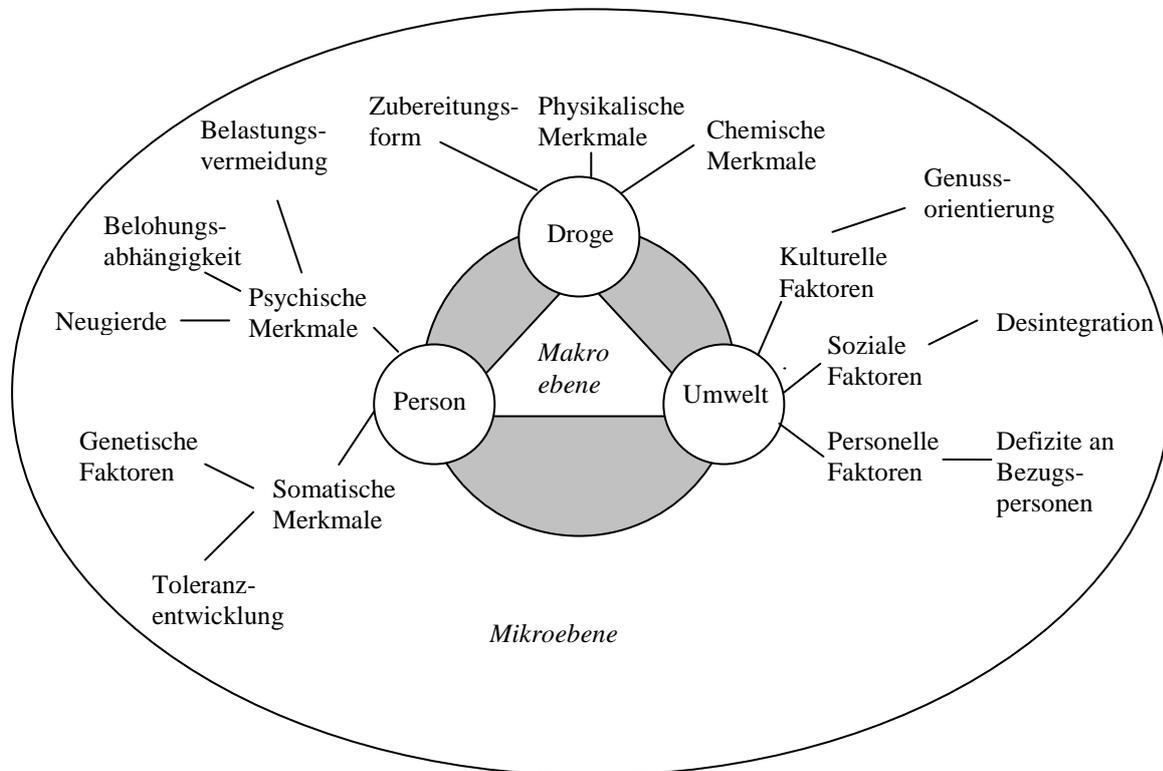
Zu den typischen dysfunktionalen Suchtgedanken und Grundüberzeugungen zählen mitunter 1) der Glaube eine Substanz unbedingt zu benötigen, 2) die Hoffnung, die Substanz verbessert z.B. soziale Fähigkeiten, 3) die Erwartung nach Einnahme der Substanz leistungsfähiger zu sein sowie 4) einen beruhigenden Effekt zu spüren (Beck et al. 1997). Nach diesem Modell haben Lohmann & Kröger (2007) die suchtspezifischen Grundannahmen von Rauchen aufgestellt (siehe Abbildung 7) und verdeutlicht, dass Tabakkonsumenten unangenehme Gefühlszustände durch charakteristische Suchtgedanken wie „Die Zigarette ist mein Helfer in allen Lebenslagen“ bewältigen wollen. Dem folgt der automatische Gedanke „Rauch eine Zigarette!“, der starkes Verlangen und einen inneren Druck, Tabak konsumieren zu wollen, auslöst. Dieser innere Druck wird durch erlaubniserteilende Gedanken wie „Wenn ich jetzt rauche, geht es mir wieder gut!“ und dem anschließenden Konsum gelöst.

3.2.3 Integratives Modell der Suchtentstehung

Das „Drei-Faktoren-Modell“ von Tretter & Müller (2001) ist das bekannteste biopsychosoziale Modell der Suchtentstehung (Lohmann & Kröger 2007), das Abhängigkeit

und Sucht als Ergebnis der Wechselwirkungen von Faktoren der Person, der Umwelt und der Droge Tabak skizziert (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: Drei-Faktoren-Modell der Suchtentstehung nach Treutter & Müller (2001) (Lohmann & Kröger 2007, S. 28)



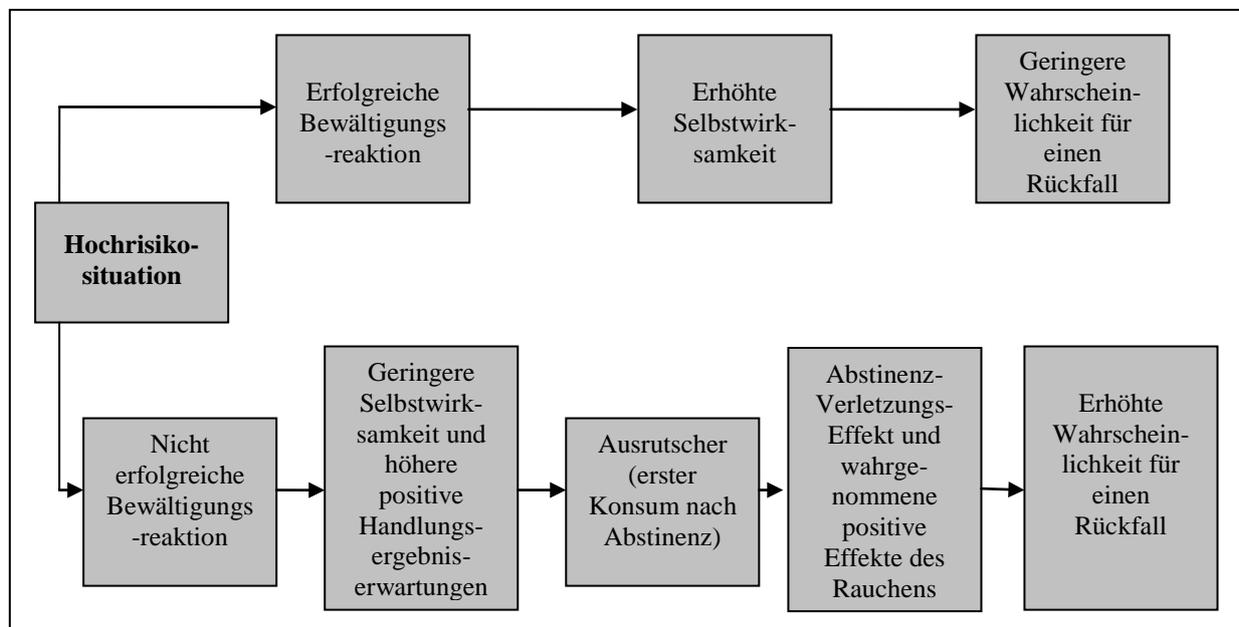
Dabei spielen bei Personen einerseits psychische Merkmale, wie Belastungsvermeidung, Belohnungsabhängigkeit und Neugierde, und andererseits somatische Aspekte, wie genetische Faktoren oder die Toleranzentwicklung, eine tragende Rolle. Als Einflussfaktoren aus der Umwelt gelten kulturelle Bedingungen wie eine Genussorientierung, soziale Aspekte, wie Desintegration oder personelle Ressourcen, wie ein Defizit an Bezugspersonen. Beide Faktoren, Person und Umwelt, stehen in Wechselwirkung mit der zur Verfügung stehenden Droge Tabak, für die die Zubereitungsform und die physikalischen wie die chemischen Merkmale ausschlaggebend sind (Lohmann & Kröger 2007).

3.2.4 Modell des Rückfallprozesses

Aufgrund des großen Anteils an Rauchern, die trotz Abstinenzbemühungen einen Rückfall erleiden, sind Modelle zur Erklärung des Rückfallgeschehens von wesentlicher Bedeutung. Die wissenschaftliche Fachliteratur verweist häufig auf das sozial kognitive Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985), das originär für die Alkoholabhängigkeit konzipiert wurde,

aber auch auf andere Suchtverhaltensweisen, wie das Rauchen, anwendbar ist. Demnach ist das Rauchen ein erlerntes, gewohnheitsmäßiges Verhalten, welches in einem ebensolchen Lernprozess wieder verändert werden kann. Zu einem Rückfall können besonders Hochrisikosituationen führen, die die Kontrolle einer Person über ihr Verhalten gefährden können. Zu den Hochrisikosituationen zählen (1) negative emotionale Zustände, wie die Gefühle von Aufregung, Ärger, Langeweile, (2) negative soziale Zustände, wie familiäre Konfliktsituationen, (3) sozialer Druck indem z.B. viele Freunde rauchen und (4) positive emotionale Zustände wie auch die Begegnung mit rauchbezogenen Stimuli (Knoll et al. 2005).

Abbildung 9: Modell des Rückfallprozesses nach Marlatt (1996) (Knoll et al. 2005, S. 67)



Wird eine Person mit einer derartigen Hochrisikosituation konfrontiert, so sind deren Bewältigungskompetenzen gefordert. Während eine erfolgreiche Bewältigungsreaktion mit einer erhöhten Selbstwirksamkeit, d.h. dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten mit Risikosituationen kompetent umgehen zu können, und somit einer geringeren Rückfallwahrscheinlichkeit einhergeht, so führen nichterfolgreiche Bewältigungsreaktionen zu einer geringeren Selbstwirksamkeit und erhöhen schließlich die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall (siehe Abbildung 9).

Somit hängt die Wahrscheinlichkeit einen Rückfall zu erleiden von der Verfügbarkeit und dem Einsatz von individuellen Bewältigungsfertigkeiten in Risikosituationen ab. Dabei spielt

die eigene Überzeugung eine bedeutende Rolle. Sind die Abstinenzzuversicht und das Vertrauen, Risikosituationen bewältigen zu können, eines Rauchers groß, so ist auch die Wahrscheinlichkeit höher, in schwierigen Situationen nicht erneut zu rauchen. Nach Marlatt und Gordon (1985) geht eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall einher, während eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine Abstinenz verbunden ist.

Nach dem Modell des Rückfallprozesses wird zwischen einem Rückfall in die alten Rauchgewohnheiten und einem Ausrutscher, d.h. einem einmaligen oder kurzzeitigen Vorfall, unterschieden. Vor diesem Hintergrund muss es nach einem Ausrutscher nicht zwangsläufig zu einem Rückfall in die alten Verhaltensmuster kommen. Somit ist die Grundannahme eines Betroffenen nach einem Ausrutscher wesentlich. Löst der Ausrutscher ein Absinken der Abstinenzzuversicht und ein in Frage stellen der eigenen Bewältigungsfertigkeiten aus, so dass das Gefühl eigener Unfähigkeit dominiert, begünstigt dies einen Rückfall in alte Verhaltensmuster (Lohmann & Kröger 2007).

4 Strategien und Ansätze der Tabakprävention

Rauchen macht abhängig, ist in hohem Maß gesundheitsschädlich, führt zu zahlreichen Erkrankungen und ist verantwortlich für eine Vielzahl vorzeitiger Todesfälle. Zudem ist das Rauchen mit hohen Kosten aufgrund der durch Tabakkonsum verursachten Erkrankungen und Todesfälle verbunden, die das deutsche Gesundheitswesen zu tragen hat. Belastet werden nicht nur die Raucher selbst, auch passivrauchende Mitmenschen sind, wie im Vorfeld verdeutlicht, beträchtlichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Diese Aspekte, die auf den vorherigen Seiten ausführlich behandelt worden sind, veranschaulichen, dass gesundheitspolitische Bemühungen verstärkt die legale Alltagsdroge „Tabak“ fokussieren sollten. Ziel muss es sein, die auch aktuell noch hohe Raucherquote zu senken und ein Umdenken der Bevölkerung zu verstärken, so dass Nichtrauchen langfristig zur sozialen Norm wird. Teilziele sind in diesem Zusammenhang einen Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern, den Rauchausstieg zu fördern und vor Passivrauchen zu schützen. So würde die öffentliche Gesundheit gestärkt, indem weniger durch Tabakkonsum verursachte Krankheits- und Todesfälle auftreten und Passivrauchen seltener wird. Zudem würden die Staatskassen entlastet. Um dies zu erreichen, ist aus Public Health Perspektive die Tabakprävention zentrales Handlungsfeld. Da für derartige Prozesse zur Verfolgung der aufgeführten Ziele bereichsübergreifende, d.h. personenbezogene und gesamtgesellschaftliche Ansätze notwendig sind, ist ein Bündel an zusammenwirkenden Maßnahmen von besonderer Bedeutung. Dieses Bündel an Maßnahmen wird in der Fachöffentlichkeit als „Policy Mix“ bezeichnet (Lang & Strunk 2010, Klärs & Krämer 2010, Pott et al. 2003) und setzt sich zusammen aus verhältnis- und verhaltensbezogenen Strategien und Ansätzen.

Um zu erläutern, weshalb unterschiedliche Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention zur Förderung des Nichtrauchens notwendig sind, wird dieses Kapitel mit einer Gesamtschau auf das Thema „Prävention substanzbezogener Störungen“ (Kapitel 4.1) eingeführt. Anschließend folgt eine Übersicht internationaler und nationaler Vereinbarungen zur Tabakprävention, die anschaulich die grundsätzlichen verhaltens- und verhältnisbezogenen Strategien erläutert (Kapitel 4.2). Im Detail werden beide Ansätze in jeweils eigenen Kapiteln (4.3 und 4.4) betrachtet, um nachfolgend die bisher erzielten Erfolge von Angeboten und Maßnahmen im Policy Mix darzustellen (Kapitel 4.5). Abschließend endet das vorliegende Kapitel mit einem zusammenfassenden Zwischenfazit (Kapitel 4.6).

4.1 Ansätze und Strategien zur Prävention substanzbezogener Störungen

Im Zentrum der Prävention von substanzbezogenen Störungen steht, schädlichen Gebrauch sowie Abhängigkeit zu vermeiden. Da viele Risiken einerseits von der Person und dem persönlichen Lebensstil und andererseits von gesamtgesellschaftlichen Lebensverhältnissen ausgehen, gibt es zwei entscheidende Ansätze zur Prävention substanzbezogener Störungen: „Reduktion des Angebotes“ und „Reduktion der Nachfrage“ (Hurrelmann et al. 2007). Die „Reduktion des Angebotes“ betrifft die Lebensverhältnisse einer Person und wird daher als „Verhältnisprävention“ bezeichnet. Verhältnisbezogene Strategien beziehen sich auf die Verabschiedung von Gesetzen und Regelungen zur Einschränkung der Verfügbarkeit der Substanz und stellen eine strukturelle Komponente dar. Hierunter fallen beispielsweise Preisgestaltung, Besteuerung, Zugangsbeschränkungen und Werbeverbote.

Kombiniert werden diese mit zielgruppenspezifischen Interventionen, um so optimale Rahmenbedingungen für eine ganzheitliche und nachhaltige Herangehensweise zu schaffen. Bei der „Reduktion der Nachfrage“ steht somit die gelingende Selbstorganisation des Gesundheitsverhaltens bzw. die Veränderung der eigenen Verhaltensweisen im Vordergrund, die es im Rahmen von Wissens- und Kompetenzvermittlung zu stärken gilt. Diese strategische Herangehensweise wird in der Fachöffentlichkeit als „Verhaltensprävention“ bezeichnet. Faltermaier (2005) fasst zusammen, dass sich die Verhaltensprävention auf den Abbau eines riskanten Verhaltens bezieht und die Verhältnisprävention auf die Änderung derjenigen Lebensverhältnisse, die zu einer Krankheit beitragen.

Ein ausschließlicher Fokus auf einen der beiden Bereiche wäre zu kurz gefasst, was an folgendem Beispiel deutlich wird: „So hat es unterschiedliche Auswirkungen, wenn zu Hause verantwortungsvoll konsumiert wird und auch gesellschaftlich klare, verantwortungsvolle Konsumnormen vorherrschen, oder aber Jugendliche die Risiken des Konsums lernen, sich aber gleichzeitig einer hohen Verfügbarkeit und vielen konsumierenden, attraktiven Modellen, die das Gegenteil vorleben, gegenübersehen“ (Bühler & Kröger 2006, S. 105).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass zur Prävention substanzbezogener Störungen – also auch für den hier zu betrachtenden Bereich der Tabakprävention – beide Bereiche wichtig sind und in Kombination miteinander eingesetzt werden sollten („Policy Mix“). Zu diesem Resümee gelangen auch Bühler & Kröger (2006) in ihrer Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs und fassen zusammen, dass „vor allem auf langfristig angelegte [...] Konzepte auf der Ebene der Verhaltens- und Verhältnisprävention zu achten [ist]“ (, S. 120).

4.2 Internationale und Nationale Strategien und Abkommen zur Reduktion des Tabakkonsums

Die Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen im Policy Mix ist zentraler Bestandteil nationaler und internationaler Vereinbarungen zur Tabakprävention. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das **Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle (= Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)**, welches einen globalen Ansatz zur Eindämmung des Tabakgebrauchs darstellt (WHO 2003). „Ziel des Abkommens ist es, heutige und zukünftige Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen, umweltrelevanten und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen“ (Mons & Pötschke-Langer 2010, S. 145). Das Rahmenabkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs ist als zwischenstaatlicher Vertrag unter der Leitung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgehandelt und 2003 von der Weltgesundheitsversammlung einstimmig angenommen worden. In seiner amtlichen deutschen Übersetzung vom 2. April 2004 wird ein Maßnahmenpaket zur Eindämmung des Tabakgebrauchs definiert. Dieses umfasst

- preisbezogene und steuerliche Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak,
- Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen,
- Regelung zu den Inhaltsstoffen von Tabakerzeugnissen,
- Regelung zur Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse,
- Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen,
- Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit,
- Verbote zur Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabak sponsoring,
- Maßnahmen gegen unerlaubten Handel mit Tabakprodukten,
- Jugendschutzbestimmungen und
- die Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer alternativer Tätigkeiten für Tabakarbeiter, Tabakanbauer und gegebenenfalls Einzelverkäufer.

Bis zum Jahr 2009 haben insgesamt 167 Staaten das Rahmenabkommen unterzeichnet, darunter auch die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2003. Am 16.03.2005 wurde das Rahmenabkommen für Deutschland rechtlich bindend (DKFZ 2009a).

Als Ergänzung zu diesem Rahmenabkommen wurde von der WHO im Jahr 2008 in ihrem „WHO Report on the global tobacco epidemic“ das so genannte **MPOWER-Paket** definiert, welches aus folgenden sechs Schlüsselstrategien besteht:

1. Tabakkonsum und Präventionsmaßnahmen überwachen.
2. Die Menschen vor Tabakrauch schützen.
3. Hilfe zur Tabakentwöhnung anbieten.
4. Vor den Gefahren des Tabaks warnen.
5. Verbote für Tabakwerbung, Verkaufsförderung und Sponsoring durchsetzen.
6. Tabaksteuern anheben.

Das MPOWER-Paket dient den Ländern als Hilfestellung zu einer langfristigen Senkung der Rauchprävalenzen beizutragen (WHO 2008b).

Nicht nur auf internationaler Ebene sind umfassende Konzepte erstellt und Vereinbarungen zur Reduktion des Tabakkonsums getroffen worden, auch auf nationaler Ebene wurden diesbezüglich Strategien entwickelt. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang der nationale **Kooperationsverbund gesundheitsziele.de**, der, vor dem Hintergrund der hohen Public Health Relevanz des Themas „Tabakkonsum in der Bevölkerung“, das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ verabschiedet und zu einem vorrangig zu behandelnden Gesundheitsthema in Deutschland ernannt hat. Der nationale Kooperationsverbund gesundheitsziele.de setzt sich zusammen aus Leistungserbringern, Kostenträgern, Patientenorganisationen, Bund, Ländern, Kommunen, Wissenschaft, Industrie und Forschung und arbeitet seit dem Jahr 2000 an der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen (Kröger et al. 2010; Klärs & Krämer 2010), darunter auch Diabetes, Brustkrebs, Depression, gesund Aufwachsen, Patientensouveränität stärken (Bundesministerium für Gesundheit 2007) und, seit 2012, gesund älter werden.

Nach der Veröffentlichung des allgemeinen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ im Jahr 2003 (Pott et al. 2003), wurden im Anschluss Ober- und Teilziele definiert. Folgende Bereiche zählen nach Angaben des Berichts „gesundheitsziele.de. Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele“ (Bundesministerium für Gesundheit 2007) zu den Oberzielen:

- Ziel 1 – Tabakkontrollpolitik
Eine effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert (Maßnahmenbereich A: Verhältnisebene: gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen verbessern).
- Ziel 2 – Ausstieg fördern – allgemein
Die Zahl der entwöhnten Raucher ist gesteigert (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene: Ausstieg fördern/Raucherentwöhnung).
- Ziel 3 – Ausstieg fördern – Jugendliche
Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene: Ausstieg fördern/Raucherentwöhnung).
- Ziel 4 – Einstieg verhindern – Jugendliche
Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene: Einstieg verhindern/Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen).
- Ziel 5 – Schutz vor Passivrauchen
Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene: Schutz vor Passivrauchen erhöhen).
(Bundesministerium für Gesundheit 2007, S. 41-43)

Die im Rahmen der vorliegenden Dissertation zu betrachtende Thematik der Raucherentwöhnung in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung findet sich im zweiten Oberziel „Ausstieg fördern – allgemein“ wieder. Die Teilziele, die diesem Oberziel zugeordnet werden, lauten wie folgt:

Teilziel 2.1: Die Inanspruchnahme von Entwöhnungsangeboten ist erhöht.

Teilziel 2.2: Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht.

Teilziel 2.3: Das Angebot an effektiven Entwöhnungsangeboten ist erhöht.

Teilziel 2.4: Die Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten ist erhöht.

Teilziel 2.5: Das Wissen über Angebote zur Entwöhnung und über die Schädlichkeit des Rauchens ist verbreitet. (Bundesministerium für Gesundheit 2007, S. 41-42)

Zu den Basismaßnahmen, die zur Erreichung der Ober- und Teilziele aus dem Spektrum umfassender Tabakkontrollpolitik von gesundheitsziele.de empfohlen worden sind, zählen ein vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung, Tabaksteuererhöhungen, die Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit, Maßnahmen zur Verhinderung des

Einstiegs in das Rauchen und der Schutz vor Passivrauchen (Bundesministerium für Gesundheit 2007; Kröger et al. 2010).

Um den aktuellen Sachstand bezüglich der Umsetzung des gesamtgesellschaftlichen Ziels „Tabakkonsum reduzieren“ aufzuzeigen und die Fortschritte in der Tabakprävention zu dokumentieren, werden im Folgenden verhaltens- und verhältnispräventive Strategien detaillierter betrachtet. In Anlehnung an die im Vorfeld aufgeführte Definition der Oberziele des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de werden in Kapitel 4.3. alle umgesetzten Maßnahmen für eine effektive Tabakkontrollpolitik aufgeführt. In Kapitel 4.4. wird analysiert, welche Maßnahmen auf Verhaltensebene erfolgt sind, die den Rauchstopp fördern, den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern und vor Passivrauchen schützen.

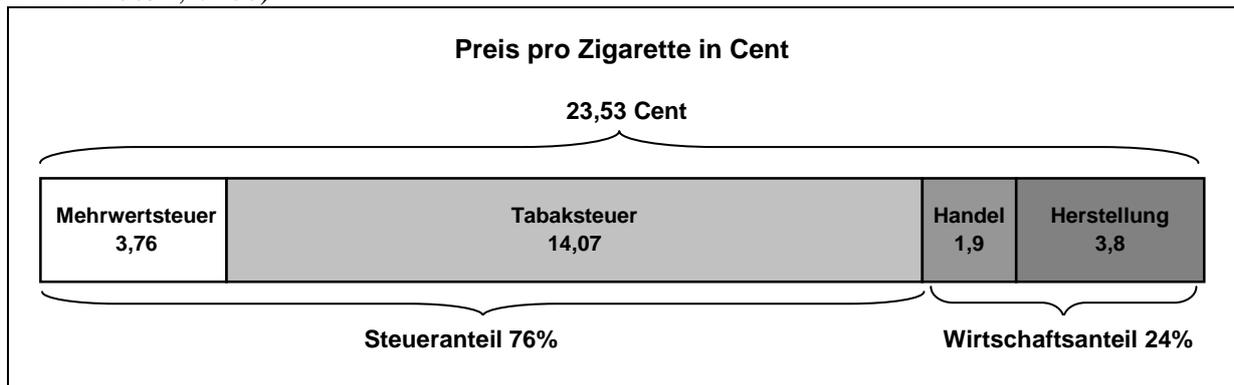
4.3 Verhältnispräventive Strategien

Verhältnispräventive Maßnahmen in der Tabakprävention haben sich bereits in vielen Studien als eine wirksame und kostengünstige Strategie herauskristallisiert, dem immer noch verbreiteten Tabakkonsum in der Gesellschaft entgegenzuwirken und die damit verbundenen gesundheitlichen und ökonomischen Folgen (siehe Kapitel 2) zu begrenzen (Mons & Pötschke-Langer 2010). In den vergangenen Jahren konnten wesentliche strukturelle Maßnahmen umgesetzt werden, die dazu beigetragen haben, dass in der deutschen Tabakprävention ein grundsätzlicher Wandel stattfand. Die Bundesregierung wie auch die Bundesländer haben wichtige Regelungen zur Förderung des Nichtrauchens erlassen, die im Folgenden näher erläutert werden:

4.3.1 Tabaksteuererhöhungen

Die Kosten für Tabakprodukte berechnen sich aus einem Wirtschafts- und einem Steueranteil. Der Steueranteil, der sich aus der Tabak- und der Mehrwertsteuer zusammensetzt, macht mit 76% den größten Teil des Zigarettenspreises aus und ist gesetzlich festgeschrieben. Der Wirtschaftsanteil beläuft sich laut dem DKFZ (2009) auf 24% und wird von Industrie und Handel definiert. Im Jahr 2007 lag der Preis einer Zigarette bei 23,53 Cent, wovon 3,76 Cent auf die Mehrwertsteuer und 14,07 Cent auf die Tabaksteuer entfielen. Der Handel erhielt einen Anteil von 1,9 Cent und für die Herstellung entfielen 3,8 Cent (DKFZ 2009a) (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Preis pro Zigarette in Cent im Jahr 2007 in Deutschland (modifiziert nach DKFZ 2009a, S. 60)



Mit den Änderungen des Tabaksteuergesetzes ist die Tabaksteuer in den letzten Jahren mehrfach erhöht worden. So ist im Dezember 2001 beschlossen worden, den Preis pro Zigarette zum 1. Januar 2002 und zum 1. Januar 2003 um jeweils 1 Cent zu erhöhen. Mit der zweiten Gesetzesänderung im Dezember 2003 ist abermals eine Tabaksteuererhöhung in Kraft getreten. Vor diesem Hintergrund ist der Steuersatz für Zigaretten um jeweils 1,2 Cent pro Stück zum 1. März 2004, zum 1. Dezember 2004 und 1. September 2005 angehoben worden (Hanewinkel, R. & Isensee, B. 2002, 2004, 2005; Plamper et al. 2006). Somit ist die durchschnittliche Tabaksteuer von 2002 bis 2008 um etwa 75% gestiegen (DKFZ 2009a). In den kommenden Jahren wird sich die Tabaksteuer abermals erhöhen. Ein Fünf-Stufen-Modell, das zum 1. Mai 2011 in Kraft getreten ist, wird die Steuerabgabe auf Zigaretten und Feinschnitt in jährlichen Schritten bis 2015 erhöhen. Allerdings werden die Steuern für Zigaretten im Vergleich zu anderen Tabakwaren, wie Feinschnitt, Zigarren oder Zigarillos, nur geringfügig angehoben und jährlich zwischen vier und acht Cent pro Packung liegen, bei losem Tabak dagegen zwischen 12 und 14 Cent. Günstiger Feinschnitt wird vor dem Hintergrund der Umstellung der Mindeststeuer einmalig um 45 Cent pro Packung teurer.

4.3.2 Rauchfreie Umwelt zum Schutz vor Passivrauchen

In den letzten Jahren sind Gesetze und Regelungen erlassen worden, die einen Meilenstein für den Schutz der Bevölkerung vor Passivrauchexposition und einen flächendeckenden Nichtraucherschutz in Deutschland darstellen:

Mit der **Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV)** vom 27. September 2002 werden Arbeitgeber verpflichtet, nichtrauchende Beschäftigte vor den Gesundheitsgefährdungen durch Passivrauchen zu schützen, indem Rauchverbote erlassen werden. Diese Rauchverbote können generell ausgesprochen werden oder sich auf einzelne Bereiche beziehen. Für

Arbeitsplätze ohne Publikumsverkehr ist somit Rauchfreiheit garantiert. Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr, wie z.B. die Gastronomie, sind von dieser Regelung jedoch ausgenommen. Diese Regelungen haben auch aktuell noch Bestand, so dass kein wirksamer Schutz vor Passivrauchen für Beschäftigte an Arbeitsplätzen mit Publikumsverkehr gewährleistet werden kann.

Mit dem **Bundesnichtraucherschutzgesetz (BNichtrSchG)** (= Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens) vom 20. Juli 2007 ist seit dem 1. September 2007 das Rauchen in Einrichtungen des Bundes, im öffentlichen Personenverkehr und in Personenbahnhöfen öffentlicher Eisenbahnen verboten. Zu den Einrichtungen des Bundes, die ein grundsätzliches Rauchverbot umsetzen müssen, zählen Behörden, Dienststellen, Gerichte und sonstige öffentliche Einrichtungen des Bundes sowie bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen. Auch der Bundestag, der Bundesrat, das Bundespräsidialamt und das Bundesverfassungsgericht sind inbegriffen. Das Rauchverbot im öffentlichen Personenverkehr bezieht sich auf Busse, Bahnen und Taxen.

Zwischen dem 1. August 2007 und dem 1. Juli 2008 sind in allen Bundesländern **Landesnichtraucherschutzgesetze** in Kraft getreten, die Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen der Länder, in Gesundheits-, Kultur-, Sport- und Bildungseinrichtungen sowie in der Gastronomie vorsehen. Die Landesnichtraucherschutzgesetze unterscheiden sich bei der Ausgestaltung bundeslandspezifischer Ausnahme- und Bußgeldregelungen. Besonders im Gastronomiebereich führte dies zu erheblichen Widerständen, da das Recht, abgetrennte Raucherräume zu schaffen, nicht auf Einraumkneipen zu beziehen ist. Die Ausnahmeregelungen führten schließlich zu Verfassungsklagen von Gastronomen, die ein Grundsatzurteil vom Bundesverfassungsgericht nach sich gezogen haben. Das Bundesverfassungsgericht hatte darüber zu entscheiden, ob Einraumkneipen und Diskotheken benachteiligt werden, wenn für sie ein absolutes Rauchverbot gilt, während es anderen Gastronomiebetrieben gestattet ist, abgetrennte Raucherräume einzurichten. In seiner Grundsatzentscheidung vom 30. Juli 2008 hat das Bundesverfassungsgericht erklärt, dass Gesundheitsschutz Vorrang vor ökonomischen Interessen der Gastronomen hat und umfassender gesetzlicher Nichtraucherschutz verfassungskonform ist. Strikte Rauchverbote können in Gaststätten wirksam werden, da der Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren wesentlicher ist als die Berufsfreiheit von Gastwirten und die Verhaltensfreiheit von Rauchern. Aber das Bundesverfassungsgericht verwies auch darauf,

dass Ausnahmeregelungen für größere Betriebe eine Ungleichbehandlung darstellen und kleine Gastronomiebetriebe benachteiligt werden. Diesbezüglich wurde entschieden, dass die Landesnichtraucherschutzgesetze bis zum 31. Dezember 2009 neu geregelt werden müssen. Bis zur Neuregelung hatten die Vorschriften weiterhin Bestand, wurden jedoch um bestimmte Ausnahmeregelungen ergänzt. So wurde Einraumkneipen, d.h. Gaststätten mit weniger als 75 Quadratmeter Gastfläche und ohne abgetrennten Nebenraum, die Erlaubnis erteilt, das Rauchen zu gestatten. Die Erlaubnis war mit der Auflage verbunden, dass Personen unter 18 Jahre keinen Zutritt haben, der Gaststättenbetreiber eine Gaststättenerlaubnis hat, die Gaststätte als Rauchergaststätte am Eingang gekennzeichnet ist und keine Speisen zum Verzehr an Ort und Stelle verkauft werden. Auch Diskotheken wurde gestattet, Raucherräume einzurichten, wenn ausschließlich volljährige Personen Zutritt haben und keine Tanzfläche im Raucherraum vorhanden ist.

Nach Ablauf der Frist vom 31. Dezember 2009 zur Anpassung der Landesnichtraucherschutzgesetze wurde deutlich, dass in den meisten Bundesländern kein umfassender Nichtraucherschutz in der Gastronomie durchgesetzt wurde. Trotz der Aussage des Bundesverfassungsgerichts, die den Gesundheitsschutz mit der Möglichkeit eines umfassenden Nichtraucherschutzes in der Gastronomie als verfassungsgemäß bezeichnete, ließen zunächst alle Bundesländer die oben genannten Ausnahmeregelungen für Einraumkneipen und Diskotheken vom Nichtraucherschutz zu. Im Verlauf des Jahres 2010 wurden allerdings im Saarland und in Bayern Änderungen vorgenommen, so dass in diesen zwei Bundesländern letztendlich ein umfassender Nichtraucherschutz in der Gastronomie ohne Ausnahmeregelungen umgesetzt worden ist. So wurden mit der Verabschiedung des neuen saarländischen Nichtraucherschutzgesetzes am 10. Februar 2010 die vorübergehenden Ausnahmeregelungen wieder zurückgenommen. Jedoch bestand für Gastronomen, die Umbauarbeiten zur Einrichtung von Nichtraucherräumen vorgenommen hatten, eine Übergangsfrist bis zum 1. Dezember 2011. Auch das mit einer Volksentscheid vom 4. Juli 2010 angenommene Gesetz zum Schutz der Gesundheit (Gesundheitsschutzgesetz GSG) in Bayern, das am 1. August 2010 in Kraft getreten ist, sieht ein Rauchverbot ohne Ausnahmen für alle öffentlichen Räume und die Gastronomie vor. Die aktuellste Gesetzesänderung hat NRW durchgeführt: Am 1. Mai 2013 trat das neue Nichtraucherschutzgesetz in Kraft, welches Rauchen in Kneipen, Restaurants, Festzelten, Diskotheken, geschlossenen Sportstadien und auf Spielplätzen verbietet und die Ausnahmeregelungen vom Rauchverbot auf Schulgeländen, in Raucherräumen und -clubs aufhebt.

4.3.3 Regelung bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen

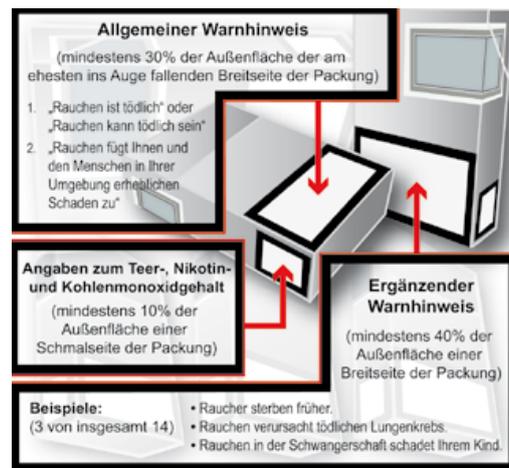
Wie bereits im Vorfeld dargelegt (siehe Kapitel 2), ist Tabakrauch ein gesundheitsgefährdendes Gemisch aus mehr als 4.800 Substanzen, darunter zahlreiche Zusatzstoffe, die eine tiefere Inhalation des Rauchs möglich machen (Schenk et al. 2008). Um die Zusammensetzung der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen zu regeln, hat die Europäische Union mit ihrer Richtlinie 2001/37/EG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen vom 5. Juni 2001 die Höchstmenge für Teer mit 10 mg, für Nikotin mit 0,1 mg und für 10 mg Kohlenmonoxid pro Zigarette festgelegt. Zudem enthält die Richtlinie die Forderung, dass diese Höchstmengen auf einer Seite einer Zigarettenverpackung abgedruckt und mindestens 10 Prozent der Fläche einer Zigarettschachtel einnehmen müssen. Auch die Bekanntmachung der Inhaltsstoffe für die Herstellung einer Zigarette, die Angabe der Menge und eine Begründung für die Verwendung dieser Inhaltsstoffe sind Bestandteil der Richtlinie (Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union 2001). In Deutschland wurde diese EU-Richtlinie mit der Tabakprodukt-Verordnung (TabProdV) vom 5. Dezember 2002 umgesetzt (Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft 2002).

Jedoch erlaubt die Verordnung über Tabakerzeugnisse (TabV) vom 20. Dezember 1977, zuletzt geändert am 14. Juli 2008, den Herstellern von Tabakprodukten die Verwendung zahlreicher Zusatzstoffe, die sich beim Verbrennen der Zigarette verändern und somit nicht mehr als unbedenklich eingestuft werden können. Zu diesen zugelassenen Zusatzstoffen zählen Aromengemische, undefinierte Gemische wie Früchte, Lakritze, Ahornsirup, Melasse, Gewürze, Honig, Zuckerarten und viele andere. Das Deutsche Krebsforschungszentrum konstatiert, dass zum Teil sogar Kanzerogene zugelassen sind, wie auch Stoffe, die verdächtig werden, Krebs zu erzeugen. Die Verordnung über Tabakerzeugnisse bietet somit auch weiterhin große chemische Freiräume und Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen (Thielmann & Pötschke-Langer 2005).

4.3.4 Warnhinweise auf Verpackungen von Tabakerzeugnissen

Wie die in Kapitel 4.3.3 beschriebene Regelung bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen, werden auch Warnhinweise auf Verpackungen von Tabakerzeugnissen von der Europäischen Union in ihrer Richtlinie 2001/37/EG vorgeschrieben (Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union 2001).

Abbildung 11: Deutsche Regelung zu Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen (DKFZ 2009a, S. 90)



So sind in Deutschland gemäß der Tabakproduktverordnung Warnhinweise auf Tabakverpackungen umzusetzen (siehe Abbildung 11), wobei der allgemeine Warnhinweis 30% und der ergänzende Warnhinweis mindestens 40% einer Packungsseite einnehmen muss. Beim allgemeinen Warnhinweis handelt es sich um die Sätze „Rauchen ist tödlich“, „Rauchen kann tödlich sein“ oder „Rauchen fügt Ihnen und den Menschen in Ihrer Umgebung erheblichen Schaden zu“, die auf der Packungsbreitseite angebracht werden müssen. Die ergänzenden Warnhinweise, wie z.B. „Raucher sterben früher“, müssen auf die andere Breitseite gedruckt werden.

Ergänzende Warnhinweise (DKFZ 2009b, S. 10)

1. Raucher sterben früher.
2. Rauchen führt zur Verstopfung der Arterien und verursacht Herzinfarkte und Schlaganfälle.
3. Rauchen verursacht tödlichen Lungenkrebs.
4. Rauchen in der Schwangerschaft schadet Ihrem Kind.
5. Schützen Sie Kinder – lassen Sie sie nicht Ihren Tabakrauch einatmen!
6. Ihr Arzt oder Apotheker kann Ihnen dabei helfen, das Rauchen aufzugeben.
7. Rauchen macht sehr schnell abhängig: Fangen Sie gar nicht erst an!
8. Wer das Rauchen aufgibt, verringert das Risiko tödlicher Herz- und Lungenerkrankungen.
9. Rauchen kann zu einem langsamen und schmerzhaften Tod führen.
10. Hier finden Sie Hilfe, wenn Sie das Rauchen aufgeben möchten: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Tel.: 01805-313131, www.rauchfrei-info.de.
11. Rauchen kann zu Durchblutungsstörungen führen und verursacht Impotenz.
12. Rauchen lässt Ihre Haut altern.
13. Rauchen kann die Spermatozonen schädigen und schränkt die Fruchtbarkeit ein.
14. Rauch enthält Benzol, Nitrosamine, Formaldehyd und Blausäure.

Angaben zum Teer-, Nikotin- und Kohlenmonoxidgehalt müssen mindestens 10% der Außenseite einer Zigarettenverpackung einnehmen.

In der Zwischenzeit hat die EU empfohlen, neben den textbasierten Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen zusätzlich bildliche Warnhinweise aufzudrucken, die die Folgen des Rauchens und Passivrauchens visuell verdeutlichen (2003/641/EG). Hiermit besteht auch für Deutschland die Möglichkeit kombinierte Warnhinweise aus Text und Bild zu verwenden. Für diesen Zweck hat die Europäische Union eine Bibliothek mit Text- und Bildwarnhinweisen zur Verfügung gestellt:

Abbildung 12: Kombinierte Warnhinweise aus Text und Grafik der Europäischen Union (DKFZ 2009b, S. 11)

Raucher sterben früher



Rauchen lässt Ihre Haut altern



Rauchen verursacht tödlichen Lungenkrebs



Rauchen kann zu einem langsamen und schmerzhaften Tod führen



Rauchen führt zur Verstopfung der Arterien und verursacht Herzinfarkte und Schlaganfälle



Rauchen kann zu Durchblutungsstörungen führen und verursacht Impotenz



Schützen Sie Kinder - lassen Sie sie nicht Ihren Tabakrauch einatmen!



Rauchen in der Schwangerschaft schadet Ihrem Kind



Rauchen kann die Spermatozoen schädigen und schränkt die Fruchtbarkeit ein



Rauch enthält Benzol, Nitrosamine, Formaldehyd und Blausäure



Rauchen macht sehr schnell abhängig: Fangen Sie gar nicht erst an!



Ihr Arzt oder Apotheker kann Ihnen dabei helfen, das Rauchen aufzugeben



Wer das Rauchen aufgibt, verringert das Risiko tödlicher Herz- und Lungenerkrankungen



Hier finden Sie Hilfe, wenn Sie das Rauchen aufgeben möchten: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Tel.: 01805-313131, www.rauchfrei-info.de



Während bereits Belgien, Rumänien, Großbritannien, Lettland und die Schweiz Gesetze für kombinierte Warnhinweise erlassen haben, die den EU-Vorgaben entsprechen, und auch weitere Länder deren Einführung vorbereiten, ist in Deutschland noch keine Umsetzung erfolgt. Laut Informationen aus dem Bundesministerium für Gesundheit ist im Frühjahr 2009 jedoch die Entscheidung für die Einführung von bildgestützten Warnhinweisen gefallen (DKFZ 2009b). Die Umsetzung muss noch erfolgen. Im Drogen- und Suchtbericht 2013 (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit 2013) heißt es „Zukünftig sollen die Vorder- und Rückseiten der Zigarettenverpackungen mit kombinierten Bild-Text-Warnhinweisen aus einer Datenbank der EU versehen werden.“ (S. 184). Im Oktober 2013 hat das EU-Parlament für einen europäischen Gesetzesentwurf abgestimmt, der entsprechende Warnhinweise auf 65 % der Vorder- und Rückseiten von Zigarettenverpackungen vorsieht.

In ihren Publikationen wie der Roten Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 10 „Ein Bild sagt mehr als tausend Worte: Kombinierte Warnhinweise aus Bild und Text auf Tabakprodukten“ (DKFZ 2009b), spricht sich das Deutsche Krebsforschungszentrum deutlich für die Einführung kombinierter Warnhinweise aus Bild und Text aus und zeigt auf, dass diese wirksamer sind als allein textgestützte Warnhinweise. Mit der Einführung textlicher Warnhinweise ist ein erster, wichtiger Schritt in der Tabakprävention vollzogen, ein zweiter Schritt müsse mit Einführung bildlicher Warnhinweise folgen.

4.3.5 Tabakwerbeverbote

Wissenschaftliche Studien belegen, dass Tabakwerbung die Nachfrage nach Zigaretten und anderen Tabakprodukten positiv beeinflusst (Paynter & Edwards 2009). Rauchen wird durch Tabakwerbung in Zusammenhang mit positiven Gefühlen und Lebenswelten gebracht, um so ein gesellschaftliches Klima und ein individuelles Bedürfnis zu schaffen, welches Tabakkonsum befürwortet. Analog zu Tabaksteuererhöhungen ist auch bei der Tabakwerbung zu vermuten, dass ein Verbot eine Reduktion beim Einstieg in den Tabakkonsum sowie eine Erhöhung der Rauchstoppquote erzielt. Im Rahmen der Evaluation des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ formulieren Kröger et al. (2010) zwei bedeutende Messindikatoren, auf Basis deren in der nachfolgenden Übersicht die Erfolge der letzten Jahre beim Tabakwerbeverbot dargestellt und der aktuelle Sachstand erläutert werden:

- 1) „Bestehen eines umfassenden Tabakwerbeverbotes durch gesetzliche Vorschriften zur Regelung der Tabakwerbung und freiwilliger Selbstbeschränkungsvereinbarungen mit der Tabakindustrie.“ (Kröger et al. 2010, S. 94)
- 2) „Verringerung der Werbe- und Sponsoringausgaben der Tabakindustrie durch eine Senkung der Werbeträger-bezogenen Gesamtausgaben der Tabakindustrie.“ (Kröger et al. 2010, S. 94)

Gesetzliche Vorschriften zur Regelung der Tabakwerbung

Seit 1975 ist nach dem deutschen Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz Werbung für Tabakprodukte in Fernsehen und Hörfunk ebenso verboten wie Werbemaßnahmen, die Rauchen als gesundheitlich unbedenklich oder als Mittel zur Anregung körperlichen Wohlbefindens darstellen. Mehr als 20 Jahre war dieses Gesetz die einzige Regelung zur Tabakwerbung. Ende der 90er Jahre folgte mit dem Rundfunkstaatsvertrag vom 31.08.1999 ein Verbot für das Sponsoring von Rundfunk- und Fernsehsendungen durch Zigarettenhersteller (z.B. Sponsoring von „Formel-1-Rennen“) sowie mit dem Jugendschutzgesetz vom 23.07.2002 ein Tabakwerbeverbot im Kino vor 18 Uhr. Mit dem Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums vom 23.07.2004 wurde die kostenfreie Zigarettenabgabe verboten und der Mindestinhalt einer Zigarettschachtel auf 17 Stück festgelegt. Seit dem 01.01.2007 erfolgte die Umsetzung der Tabakwerberichtlinie der Europäischen Union (2003/33/EG) durch §§ 21a und 22 des vorläufigen Tabakgesetzes. Die Umsetzung der EU-Richtlinie, welche eine einheitliche Regelung von Tabakwerbung und -sponsoring für alle EU-Mitgliedsländer vorsieht, hat zur Folge, dass seit Anfang 2007 Tabakwerbung auch in Zeitungen, Zeitschriften, Magazinen und im Internet verboten ist. Zudem ist das Sponsoring von Rundfunkprogrammen und von grenzüberschreitenden Veranstaltungen durch Unternehmen, deren Haupttätigkeit die Herstellung oder der Verkauf von Tabakerzeugnissen ist, seitdem nicht mehr erlaubt.

Weiterhin sind in Deutschland Veröffentlichungen erlaubt, die für den Tabakhandel bestimmt sind und sich ausschließlich an Mitarbeiter der Tabakindustrie richten. Auch Printmaterial für den ausländischen Markt, wie z.B. Kataloge in Duty-Free-Shops, dürfen verwendet werden. Nach wie vor ist in Deutschland die Tabakwerbung am Verkaufsort und nach 18 Uhr im Kino gestattet. Während in nahezu allen Ländern der EU die Außenwerbung für Tabakprodukte verboten ist (siehe Abbildung 13), gibt es in Deutschland auch weiterhin die Erlaubnis zur

Plakataußenwerbung. Zudem steht es der Tabakindustrie frei, Events wie beispielsweise Sportveranstaltungen oder Konzerte zu bezuschussen oder sogenanntes „Brand stretching“ bzw. „Brand sharing“ zu betreiben. Darunter ist die Erweiterung der Produktpalette um Nicht-Tabakprodukte unter Verwendung des Markennamens zu verstehen. Beispiel für diese Vorgehensweise sind „Camel Boots“-Schuhe der Zigarettenmarke Camel oder die Bekleidungskollektion „Marlboro-Classics“ des Herstellers für Tabakprodukte Marlboro.

Abbildung 13: Gesetzliche Regelungen zu Verboten von Außenwerbung für Tabakprodukte in Europa (Stand Februar 2009) (DKFZ 2009a, S. 99)



Freiwillige Selbstbeschränkungsvereinbarungen mit der Tabakindustrie

Im April 1997 hat sich der Bundesverband Deutscher Tabakwaren-Großhändler und Automatenaufsteller (BDTA) im Rahmen einer freiwilligen Selbstbeschränkungsvereinbarung verpflichtet, keine Zigarettenautomaten im Umkreis von 100 Metern von Schulen oder Jugendzentren aufzustellen und keine tabakbezogene Werbung auf außenstehenden Automaten anzubringen. Vorhandene Automaten an Schulgebäuden, Jugendzentren oder auf deren Grundstücken sollen abgebaut werden. Zudem hat die Tabak- und Werbeindustrie auf Basis einer Selbstbeschränkung zugesagt, auf jugendbezogene Werbung zu verzichten. Die Inhalte der Selbstbeschränkungsvereinbarung beziehen sich mitunter auf den Verzicht von Werbung, die 1) an Jugendliche gerichtet ist, 2) Elemente enthält, die für die Lebenswelt der Jugendlichen typisch sind, 3) Modells unter 30 Jahren zeigen, 4) Werbebegriffe wie „leicht“ und „mild“ verwenden und 5) in Jugendzeitschriften geschaltet werden sollen (BZgA 2007). Unter anderem gehört auch der Verzicht auf Plakataußenwerbung bei Schulen und

Jugendzentren sowie die Tabakwerbung in öffentlichen Verkehrsmitteln zu den als Selbstverpflichtung formulierten Vereinbarungen (Kröger et al 2010).

Allerdings hat sich gezeigt, dass die Selbstbeschränkungsvereinbarungen durch die Tabakindustrie nicht vollständig eingehalten werden und gegen die getroffenen Regelungen verstoßen wurde. So wurde vom Bundesverband der Verbraucherzentrale im Jahr 2003 festgestellt, dass Zigarettenhersteller Plakatwerbung mit jugendlich aussehenden Personen geschaltet hatten. Weitere Verstöße bezüglich des jugendlich erscheinenden Alters der auf Plakaten abgebildeten Personen wurden ebenfalls verzeichnet (BZgA 2007).

Verringerung der Werbe- und Sponsoringausgaben der Tabakindustrie

Im Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten (2013) finden sich Angaben zu den Werbe-, Promotions- und Sponsoringausgaben der Tabakindustrie, die vor dem Hintergrund des Artikels 13 der Tabakrahenkonvention von der Tabakindustrie – nach Werbeträger aufgeschlüsselt und notariell beglaubigt – der Drogenbeauftragten offen gelegt werden müssen. Wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich wird, haben sich die Werbeausgaben in 2011 mit 200 Millionen Euro gegenüber dem Jahr 2006 mit knapp 80 Millionen Euro enorm gesteigert (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Werbeausgaben der Tabakindustrie für Werbung, Promotion und Sponsoring in den Jahren 2006-2011 (in 1.000 €) (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 169)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Direkte Werbung	34.281	53.089	86.296	81.345	69.214	70.270
Werbung in Printmedien	8.612	436	504	1.536	719	345
Außenwerbung	20.020	49.190	78.010	70.983	66.798	68.133
Werbung im Kino	2.150	2.065	1.512	2	1.216	1.785
Werbung im Internet	2.756	295	188	277	1	7
Sonstige Werbung	712	1.103	6.005	8.494	480	0
Keine Zuordnung	31	0	77	53	0	0
Promotion	41.930	72.646	102.792	137.495	127.105	122.887
Sponsorship	3.689	3.207	3.681	3.422	2.770	4.517
Werbeausgaben insgesamt	79.900	128.942	192.769	222.262	199.089	200.883

Die Ausgabensteigerung von 2006 bis 2011 ist auf die enorme Mittelaufstockung in den nicht regulierten Bereichen wie Promotion zurückzuführen. Hier ist eine Erhöhung um etwa das 3-fache zu verzeichnen (Promotion 2006: 42 Mio € und 2011: 122 Mio €). Bedingt durch das

Werbeverbot in Printmedien und im Internet haben sich die Ausgaben ab 2007 drastisch reduziert und belaufen sich aktuell auf 345.000 Euro im Printbereich und auf etwa 7.000 Euro im Internetbereich (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit 2013). Somit wird deutlich, dass die Tabakindustrie einerseits zunehmend mehr Mittel in die Tabakwerbung investiert und andererseits vor dem Hintergrund der geltenden gesetzlichen Bestimmungen reagiert und ihren Mittelansatz dementsprechend anpasst.

Mit den gesetzlichen Vorschriften zur Regelung der Tabakwerbung, den freiwilligen Selbstbeschränkungsvereinbarungen mit der Tabakindustrie und der Verringerung der Werbe- und Sponsoringausgaben der Tabakindustrie sind bereits wesentliche Regelungen zur Eindämmung der Tabakwerbung getroffen worden. Um der Tabakindustrie und deren Vermarktungsstrategien noch deutlicher entgegenzutreten, ist laut Forderung des Deutschen Krebsforschungszentrums, ein Tabakwerbeverbot in allen Medien, an allen Orten und in allen Formen – ohne Ausnahme – notwendig. Eingeschränkte Werbeverbote und freiwillige Selbstbeschränkungsvereinbarungen sind wenig zielführend, wenn Marketingaktivitäten auf diejenigen Medien verlagert werden, in welchen Werbung und Sponsoring weiterhin erlaubt sind (DKFZ 2010b).

4.3.6 Verbesserung im Jugendschutz

Mit Novellierung des Jugendschutzgesetzes war es seit dem 1. April 2003 Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren verboten, in der Öffentlichkeit zu rauchen. Zudem durften keine Tabakwaren an unter 16-Jährige abgegeben werden. Mit einer Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2007 mussten daraufhin alle Zigarettensautomaten in Hinblick auf eine alterskontrollierte Abgabe umgerüstet werden. Wie bereits im Kapitel 4.3.5. dargelegt, wurden zudem Kinowerbung vor 18 Uhr und die kostenlose Abgabe von Zigaretten verboten. Des Weiteren wurde die Mindestgröße für Zigarettenverpackungen auf 17 Stück festgesetzt worden, um Kleinpackungen aus dem Handel zu nehmen. Mit seinem Beschluss vom Mai 2009 erhöhte der Bundestag diese Mindestgrenze auf 19 Stück. Das Jugendschutzgesetz wurde mit dem 2007 neu eingeführten Bundesgesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens (siehe Kapitel 4.3.2.) dahingehend geändert, dass die Altersgrenze zur Abgabe von Tabakwaren und zum Rauchen in der Öffentlichkeit von 16 auf 18 Jahre erhöht wurde. Somit sind auch Zigaretten an Automaten nur noch gegen einen Altersnachweis per EC-Karte zu erwerben. Seit Auslauf der vom Gesetzgeber eingeräumten Übergangsfrist zum 1. Januar

2009, ist der Bezug von Automatenzigaretten für Personen unter 18 Jahren dementsprechend nicht mehr möglich.

4.3.7 Bekämpfung des illegalen Handels

Die illegale Herstellung, der unerlaubte Handel und der Schmuggel von Zigaretten sind gesundheitspolitisch bedenklich, da mit einem verbilligten Angebot ein Anreiz zum Kauf geschaffen wird und besonders preisempfindliche Gruppen, wie einkommensschwache Personen oder Jugendliche, der Zugang erleichtert wird (DKFZ 2010a). Nach Angaben der DKFZ-Publikation zum illegalen Zigarettenhandel und dessen wirksamer Bekämpfung zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung (DKFZ 2010a) tragen unerlaubt produzierte und gehandelte Tabakerzeugnisse zu einer Erhöhung tabakbedingter Todesfälle bei, da sie die Nachfrage erhöhen. Neben der Minderung der Tabaksteuereinnahmen durch Einnahmeausfälle, ist der illegale Handel mit Tabakerzeugnissen auch deshalb problematisch, weil er Kampagnen und Initiativen zur Förderung des Nichtrauchens in der Allgemeinbevölkerung und zur Eindämmung des Tabakkonsums zum Schutz der Gesundheit untergräbt.

Laut Tabakatlas 2009 (DKFZ 2009a) besteht ein hoher Anteil aller beschlagnahmten Schmuggelwaren in Deutschland aus Zigaretten. Der Zoll hat im Jahr 2003 Zigaretten im Wert von insgesamt 291 Millionen Euro sichergestellt. Des Weiteren wird berichtet, dass etwas 50% der vom Zoll beschlagnahmten Tabakprodukte gefälscht zu sein scheinen und zum Großteil mit Pestiziden, wie dem krebserzeugenden und Nervensystemschädigenden DDT, belastet sind. Insgesamt 6 % bis 8,5 % der weltweit konsumierten Zigaretten sind geschmuggelt (DKFZ 2010a).

Derzeit existiert in Deutschland keine Regelung gegen illegalen Handel mit Tabakerzeugnissen vorzugehen. Zur Bekämpfung gibt es aber eine Reihe von Vorschlägen, die zukünftig auch in Deutschland angewendet werden könnten. So haben mehr als 160 Parteien des Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) ein internationales Protokoll zur Eliminierung des illegalen Handels mit Tabakprodukten ausgehandelt. Bestandteil dieses Protokolls ist ein differenzierter Maßnahmenkatalog, welcher 1) eine Kennzeichnung von Tabakprodukten zur Erleichterung der Herkunftsbestimmung durch digitale Steuermarken, Strichcodierungen und Angabe des Verkaufslands sowie 2) die Überwachung des grenzüberschreitenden Handels mit

Tabakprodukten und einen Datenaustausch zwischen Behörden gewährleistet. Zudem sollen 3) Rechtsvorschriften und Strafverfolgungen erlassen oder verschärft, 4) internationale Kooperationen und Abkommen zur Verringerung des Schmuggels verabschiedet sowie 5) Kooperationsverpflichtungen von Tabakkonzernen zur Überwachung des Verbleibes ihrer Produkte eingegangen werden. 6) Für die Herstellung, den Transport und den Vertrieb von Tabakprodukten sollen Lizenzen vergeben, 7) Internetverkäufe, wie auch zollfreie Verkäufe von Tabakwaren, sollen verboten werden. Zudem soll 8) die umweltgerechte Vernichtung aller gefälschten und geschmuggelten Tabakprodukte, wie auch von allen Geräten und Zubehör für deren Herstellung, sichergestellt werden (DKFZ 2010a).

4.4 Verhaltenspräventive Strategien

Wie bereits im Vorfeld dargelegt, führt eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen („Policy Mix“) zu den gewünschten Erfolgen in der Tabakprävention. Nach einer ausführlichen Betrachtung verhältnispräventiver Strategien wird daher in diesem Kapitel der Schwerpunkt auf die Verhaltensprävention gelegt und am Beispiel der nationalen „rauchfrei“-Kampagne der BZgA die Angebote in der Tabakprävention beschrieben. Da die BZgA als Behörde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit einen wichtigen Ausschnitt aus dem Spektrum der Angebote und Maßnahmen der Tabakprävention bedient und zudem Betreiberin des rauchfrei-Ausstiegsprogramms ist, das in der vorliegenden Dissertation evaluiert wird, wird der Fokus auf diese Institution gelegt.

4.4.1 Strukturen verhaltensbezogener Tabakprävention in Deutschland

Um die Strukturen der verhaltensbezogenen Tabakprävention in Deutschland darzustellen, werden die Ergebnisse von Rasch et al. (2008) präsentiert, die in ihrem Bericht die föderalen Strukturen der Tabakpräventionslandschaft verdeutlicht haben.

Tabakprävention wird in Deutschland von einer Vielzahl an Akteuren durchgeführt. Diese Akteure lassen sich der Bundes-, Landes- oder Kommunalebene sowie dem Krankenkassenbereich zuordnen. So gibt es Kampagnen und Maßnahmen der Bundesregierung, verschiedener nationaler Institutionen, vieler Koordinierungs- und Fachstellen der Länder und Kommunen, wie auch Aktivitäten von Krankenkassen und Krankenkassenverbänden (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: Akteure der Tabakprävention in Deutschland (Rasch et al. 2008, S. 5)



Auf Bundesebene sind mehrere Akteure tätig, die einen wichtigen Beitrag in der Tabakprävention leisten. Einer dieser Akteure ist das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**, das auf seiner Internetseite die strategischen Maßnahmen zur Tabakpolitik wie folgt beschreibt: „Die Verringerung des Tabakkonsums und ein möglichst umfassender Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens sind vordringliche gesundheitspolitische Ziele, die von der Bundesregierung mit aufeinander abgestimmten präventiven, gesetzlichen und strukturellen Maßnahmen verfolgt werden. Dazu gehören Preiserhöhungen sowie Abgabeverbote von Zigaretten an Kinder und Jugendliche, Präventionskampagnen, Werbeeinschränkungen und der Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** ist als nachgeordnete Behörde im Geschäftsbereich des BMG federführend für die bundesweite Suchtprävention zuständig. Zu den Zielen der BZgA gehören, den Einstieg in den Konsum legaler und illegaler Drogen zu verhindern oder hinauszuzögern, riskantes Konsumverhalten frühzeitig zu erkennen und dagegen zu intervenieren sowie Sucht und Missbrauch zu verringern (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010). Die BZgA zählt zu den zentralen Akteuren der Tabakprävention auf Bundesebene und hält zahlreiche Angebote und Maßnahmen im Rahmen ihrer nationalen Dachkampagne „rauchfrei“ in den Bereichen personale Kommunikation, Massenmedien und Internet vor (siehe Kapitel 4.4.2). Zudem ist die BZgA Gastgeberin des

Bund-Länder-Koordinierungskreises zur Suchtprävention, dessen Mitglieder sich regelmäßig zum Austausch und zur Entwicklung von Leitlinien zusammenfinden.

Des Weiteren zählen das **Deutsche Krebsforschungszentrum** mit seinem 2002 gegründeten WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, das **Forum „gesundheitsziele.de“**, das **Aktionsbündnis Nichtraucher (ABNR)**, das **Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord)** wie auch die **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)** zu den zentralen bundesweiten Akteuren in der Tabakprävention. So sind das DKFZ und das WHO-Zentrum vorrangig dafür zuständig, die gesundheitlichen Folgeschäden durch Tabakkonsum zu erforschen, Präventionsmaßnahmen zu erarbeiten und Informationen darüber bereitzustellen. Das Forum „gesundheitsziele.de“ hat, wie bereits in Kapitel 4.2. erläutert, ein nationales Konzept u.a. zu Umsetzung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ erarbeitet. Mit der Zielsetzung „Tabakkonsum reduzieren“, „Förderung des Nichtrauchens“ und „Schutz vor Passivrauchen“ besteht seit 2003 das ABNR als Zusammenschluss von zehn nicht-staatlichen Gesundheitsorganisationen, zu denen folgende Mitglieder zählen: 1) Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e.V., München, 2) Bundesärztekammer, Berlin, 3) Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., Bonn, 4) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm, 5) Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg, 6) Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin, 7) Deutsche Krebshilfe e.V., Bonn, 8) Deutsche Lungenstiftung e.V., Hannover, 9) Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. und 10) Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e.V.. Das IFT-Nord ist als gemeinnützige Forschungs- und Dienstleistungsgesellschaft mitunter für die Tabakprävention zuständig und koordiniert den jährlichen Schulklassenwettbewerb zum Nichtrauchen „Be Smart – Don't Start“. Um auf Bundesebene allen gemeinnützigen Vereinen und Verbänden in der Suchtkrankenhilfe eine Plattform zu geben, wurde 1947 die DHS gegründet, die im Feld der Tabakprävention für die Entwöhnung tätig ist.

Für die Tabakprävention auf Länderebene sind Landesministerien, Landeskoordinierungsstellen für Suchtprävention und Landesstellen für Suchtfragen zuständig, die eigenständige Strategien und Konzepte zur Förderung des Nichtrauchens erarbeiten und umsetzen – so auch auf Kommunalebene, wo Kommunen, Fach- und Beratungsstellen für Suchtprävention sowie Bildungseinrichtungen bei der Entwicklung kommunaler Gesamtstrategien und Umsetzung von landes- und bundesweiten Kampagnen eine bedeutende Rolle spielen.

4.4.2 Angebote und Maßnahmen verhaltensbezogener Tabakprävention auf Bundesebene in Deutschland am Beispiel der „rauchfrei“-Kampagne

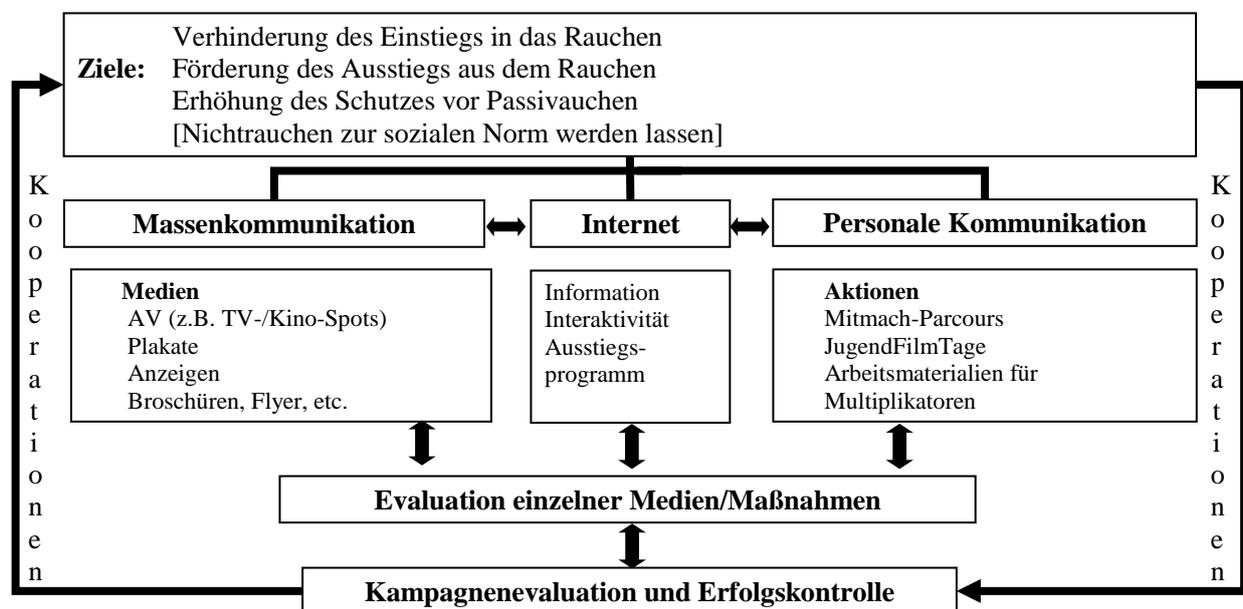
Mit der bundesweiten „rauchfrei“-Kampagne der BZgA wird ein zentraler Beitrag zur Förderung des Nichtrauchens im Rahmen des „Policy Mix“ geleistet. Die „rauchfrei“-Kampagne setzt sich aus zwei Teilkampagnen zusammen, die sich in der Konzentration auf die Zielgruppe und den darauf aufbauenden Maßnahmen unterscheiden. Eine Teilkampagne konzentriert sich auf Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren (**„rauchfrei“-Jugendkampagne**). Die zweite Teilkampagne richtet sich an die erwachsene Allgemeinbevölkerung ab 18 Jahren (**„rauchfrei“-Erwachsenenkampagne**). Beide Teilkampagnen verfolgen die Zielsetzung, den Kenntnisstand über die negativen Folgen des Rauchens zu erhöhen und vor Passivrauchen zu schützen. Im Fokus der Jugendkampagne steht zudem das Ziel, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern und minderjährige Nichtraucher in ihrem nichtrauchenden Verhalten zu bestärken. Rauchen Kinder und Jugendliche, so ist ein möglichst frühzeitiger Ausstieg wesentlich. Auch bei der Erwachsenenkampagne ist die Förderung der Bereitschaft zum Rauchstopp wie auch die Steigerung der Inanspruchnahme von diesbezüglichen Hilfsangeboten wesentliche Zielsetzung. Um in Gesundheitsberufen Raucher bei ihrem Rauchstopp kompetent unterstützen zu können, sind Beratungsbereitschaft und Beratungskompetenz wichtig. Diese zu steigern und über die Relevanz der Thematik aufzuklären, ist ein weiteres Ziel der BZgA im Rahmen ihrer „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009; Lang & Strunk 2010).

Um die angestrebten Ziele zu erreichen, wurde ein differenziertes Interventionsmodell konzipiert, das auf dem Phasenmodell der Medienwirkung von McGuire und Rogers basiert (Singhal & Rogers 1999). Dieses Phasenmodell besagt, dass Kommunikationsangebote und Interventionsmaßnahmen von der Zielgruppe wahrgenommen, verstanden und akzeptiert und mit entsprechend hoher Reichweite verbreitet werden müssen. Dies soll dazu führen, dass 1) Angebote und Maßnahmen von der Zielgruppe auch genutzt werden, 2) sich das für eine Verhaltensänderung notwendige Wissen und die Fähigkeiten, neues Verhalten praktizieren zu können, herausbilden und 3) die Selbstwirksamkeit gestärkt wird, das neue Verhalten umsetzen zu können. Darauf aufbauend kann 4) das grundsätzliche Einverständnis mit den Kampagneninhalten gesteigert werden und 5) der Wunsch nach Verhaltensänderung bei riskantem Verhalten oder nach Stabilisierung von gesundheitsförderlichem Verhalten entstehen. Schlussendlich wird es 6) möglich, das Verhalten zu ändern, und siebte, es langfristig beizubehalten.

Basierend auf diesen theoretischen Annahmen wurde die „rauchfrei“-Kampagne mithilfe der von der BZgA entwickelten ZOPP-Methode (ZOPP = Zielorientierte Programmplanung) konzipiert. Ausgangspunkt des Planungsprozesses nach der ZOPP-Methode ist demzufolge eine differenzierte Situationsanalyse der vorhandenen Gegebenheiten und eine darauf aufbauende Definition der Kampagnenziele. Mit der folgenden Erarbeitung eines Interventionskonzeptes ist verbunden, dass Angebote und Maßnahmen für die Kampagne ausgewählt, gestaltet und in ihrer Reihenfolge festgelegt werden. Von zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung des Interventionskonzeptes und die Qualitätssicherung ist eine kontinuierliche Evaluation der Kampagnenmaßnahmen und deren Wirkung. Unter der Voraussetzung einer ständigen Überprüfung und Erfolgskontrolle ist somit ein andauernder Optimierungsprozess gewährleistet (Lang & Strunk 2010).

Dementsprechend wurde die „rauchfrei“-Kampagne als multimethodische Kampagne mit zahlreichen Angeboten und Maßnahmen in unterschiedlichsten Feldern konzipiert, um so bundesweit Interventionseffekte zu erzielen.

Abbildung 15: Strukturschema der „rauchfrei“-Jugendkampagne (Lang & Strunk 2010; Pauly et al. 2010)



Am Beispiel des Aufbaus der „rauchfrei“-Jugendkampagne (siehe Abbildung 15) wird der strategische Ansatz der BZgA zur Förderung des Nichtrauchens nach der ZOPP-Methode ersichtlich. Dieses Kampagnenkonzept verdeutlicht, dass das Interventionskonzept eine Kombination verschiedener Maßnahmen vorsieht. Nachhaltige Veränderungen auf

Verhaltensebene lassen sich nur durch das Zusammenspiel von massenmedialen Herangehensweisen, personalkommunikativen Angeboten und dem Internet erzielen. Kooperationspartner auf Landes- und Kommunalebene tragen in diesem Zusammenhang zudem zum Kampagnenerfolg bei, da sie an unterschiedlichsten Stellen der Interventionen einbezogen werden und einen zentralen Beitrag leisten.

Mit der „rauchfrei“-Jugendkampagne ist ein differenziertes Bündel an zeitlich und inhaltlich abgestimmten Angeboten und Maßnahmen erstellt worden, von denen die **Massenkommunikation** einen Bereich darstellt. Um die Zielgruppe bevölkerungsweit zu erreichen und auf das Thema „Nichtrauchen“ aufmerksam zu machen, sind Spots für Fernsehen und Kino ebenso wie Anzeigenserien und Plakate produziert und geschaltet worden. Mit der Entwicklung und Streuung jugendaffiner Printmedien zur Förderung des Nichtrauchens werden Raucher wie Nichtraucher angesprochen. Die Basisbroschüre zur Information und Aufklärung („Lets talk about smoking“) wie auch die genderspezifischen Rauchstoppbroschüren für Jungen und Mädchen („Stop smoking – Girls“, „Stop smoking – Boys“) erlauben Jugendlichen eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema (Nicht-)Rauchen und den eigenen Einstellungen sowie Verhaltensweisen diesbezüglich (Lang & Strunk 2010).

Da massenmediale Interventionen, isoliert eingesetzt, keine nachhaltig präventive Wirkung entfalten können, ist die Kombination mit anderen Maßnahmen wie der direkten, personengebundenen Ansprache, d.h. der **personalen Kommunikation**, von großer Bedeutung (Lang & Strunk 2010). Um Jugendliche aller sozialen Schichten face-to-face zu erreichen und zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise ohne Tabakkonsum zu motivieren, wird in der „rauchfrei“-Jugendkampagne besonders im Setting Schule interveniert. Mit dem Schwerpunkt auf schulbasierter Tabakprävention entwickelte die BZgA für Pädagogen, Schüler und Eltern fachliche Konzepte und Printmaterialien wie den Leitfaden „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ oder das Curriculum „Anti-Rauchkurs“. In 141 Fortbildungen zur rauchfreien Schule in den Jahren 2004 bis 2008 wurden mehr als 3.000 Schulen geschult und bei der Umsetzung der Rauchfreiheit von der BZgA unterstützt (Rakete et al. 2010). Zur Unterstützung der Schulen und spielerischen Auseinandersetzung mit legalen Alltagsdrogen tourt die BZgA mit ihrem Mitmach-Parcours „Klarsicht zu Tabak und Alkohol“ und ihren JugendFilmTagen „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ durch Deutschland. Der Mitmach-Parcours ist ein interaktives Aufklärungsangebot für Jugendliche

zwischen 13 und 16 Jahren und regt an sieben moderierten Ständen mithilfe spielerischer Aktionen zur Diskussion und Reflektion eigener Verhaltensweisen bezüglich Tabak und Alkohol an. Mehr als 32.000 Schüler haben seit 2004 den Parcours durchlaufen. Mit den JugendFilmTagen ist ein außerschulisches Angebot in der Suchtprävention entstanden, das Jugendliche in Kinos erreicht, d.h. einem Setting, an dem sie gerne ihre Freizeit verbringen. Die gezeigten Filme zum Thema Nikotin- und/oder Alkoholkonsum sollen zur kritischen Überprüfung eigener Verhaltensweisen anregen und Impulse zur gemeinsamen Diskussion im Klassenverband geben. Zentrales Element der JugendFilmTage sind die Mitmachaktionen, die im Kinofoyer vor und nach dem Spielfilm besucht werden können und sich ebenfalls spielerisch mit den Themen „Tabak“ und „Alkohol“ auseinandersetzen. Damit die Filme in der Schule vor- und nachbereitet werden, werden Workshops und ein Lehrkräfteservice für die begleitenden Pädagogen angeboten. Seit 2003 konnten mehr als 70.000 Schüler und über 5.300 Lehrer erreicht werden (Lang & Strunk 2010).

Mit der **Internetseite** www.rauch-frei.info ist ein weiteres wesentliches Kommunikationsinstrument der „rauchfrei“-Jugendkampagne installiert worden, das zahlreiche Informationen zum Thema (Nicht-)Rauchen bereithält, interaktive Angebote unterbreitet und seit 2005 jugendliche Raucher mit einem vollautomatisierten Ausstiegsprogramm beim Rauchstopp unterstützt. Dieses Ausstiegsprogramm ist kein Konkurrenzangebot zu dem in vorliegender Dissertation zu untersuchenden internetbasierten Ausstiegsprogramm „rauchfrei“, da der Fokus hier auf Jugendliche gelegt wird und nicht auf die erwachsene Allgemeinbevölkerung (Lang & Strunk 2010).

Vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung werden im Rahmen der „rauchfrei“-Jugendkampagne einzelne Medien und Maßnahmen evaluiert. Weiteres wichtiges Element das Monitorings ist die Analyse, ob die Kombination der Angebote und Maßnahmen zur gewünschten Wirkung geführt haben und sich Wissen, Einstellung und Verhalten der Zielgruppe geändert haben. Um dies herauszufinden, führt die BZgA mit dem „rauchfrei“-Survey und der Befragung zur Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland regelmäßige Repräsentativbefragungen bei der Zielgruppe durch (siehe Abbildung 16), deren wichtigste Ergebnisse bereits im Vorfeld aufgeführt wurden.

Abbildung 16: Methodische Aspekte der Drogenaffinitäts- und rauchfrei-Studien der BZgA (Pott 2008)

Jahr	1973	1976	1979	1982	1986	1989	1993	1997	2001	2003	2004	2005	2007	2008
Region	Westdeutschland							West- und Ostdeutschland						
Methode	Random Route und persönliche Interviews							CATI						
Alter	14--25	12--25						12--19	12--25	12--19	12--25			
n	1500	1800	3000				3600	3000	3600	3000				
Teilstichprobe Jugendliche (12-17 Jahre)		806	905	867	1489	1514	1666	1314	2715	1354	2780	2713	1220	

BZgA – „Die Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland“ (1979 – 2001, 2004, 2008)
 BZgA – „rauchfrei, Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen“ (2003, 2005, 2007)

Mit Blick auf die zweite Teilkampagne für die Zielgruppe der erwachsenen Allgemeinbevölkerung wird deutlich, dass auch in diesem Schwerpunktbereich über gezielte verhaltenspräventive Angebote und Maßnahmen Erwachsene auf vielfältige Art und Weise erreicht werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). Mit massenkommunikativen Interventionen wie TV- und Kinospots wird einerseits auf humorvolle Art und Weise das Thema Rauchen kommuniziert, andererseits wird über das Thema „Passivrauchen“ aufgeklärt und die Gesundheitsgefährdung von zum Mitrauchen gezwungenen Kindern verdeutlicht. Als weiteres Element der Massenkommunikation werden Flyer und Broschüren eingesetzt, die zielgruppenspezifisch über bestimmte Bereiche des Rauchens und Nichtrauchens informieren. Für Schwangere, werdende Eltern und Familien stehen mit den Printmedien „Rauchfrei in der Schwangerschaft - Ich bekomme ein Baby“, „rauchfrei nach der Geburt - Das Baby ist da“ oder dem Flyer „Ihr Kind raucht mit. Was Sie über Passivrauchen wissen sollten“ differenzierte Informationsangebote für ein Leben mit Kindern zur Verfügung. Raucher werden mit der Basisbroschüre „Ja, ich werde Nichtraucher!“ wie auch dem Rauchfrei-Startpaket bestehend aus Basisbroschüre, Kalender für die ersten 100 rauchfreien Tage, Pfefferminzpastillen, rauchfrei-Tischauflager und rauchfrei-Aufkleber zum Rauchstopp motiviert. Als zentrale Zielgruppe für die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne zählen auch Ärzte, die als wichtige Vertrauenspersonen Zugang zu Menschen aller sozialen Schichten haben und einen wesentlichen Beitrag zur Förderung des Nichtrauchens leisten können. Um Ärzte in ihrem Arbeitsalltag zu unterstützen, sind mit den

Leitfäden „Gesund aufwachsen in rauchfreier Umgebung“ und „Rauchfrei in der Schwangerschaft - Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht“ praxisnahe Anleitungen bei der Beratung von (werdenden) Eltern entstanden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

Der Einsatz massenmedialer Kommunikationsmittel wird ergänzt durch personale Interventionen. Zentrales Element ist in diesem Zusammenhang die telefonische Beratung zum Rauchstopp. Mit der Hotline zur Rauchentwöhnung bietet die BZgA allen Rauchern eine niedrigschwellige und persönliche Unterstützungsmöglichkeit per Telefon an. Alle Interessierten erhalten 1) Informationen zu allen Fragen rund um das Rauchen und Nichtrauchen, 2) eine Beratung bei der Vorbereitung und Planung auf den Rauchstopp, 3) bis zu fünf Rückrufe durch die Telefonberater im Rahmen der Ausstiegsphase, 4) Hilfe bei Rückfällen und 5) kostenloses Informationsmaterial per Post zugeschickt. Pro Jahr nehmen durchschnittlich 6.000 bis 9.000 Personen die Telefonberatung in Anspruch (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

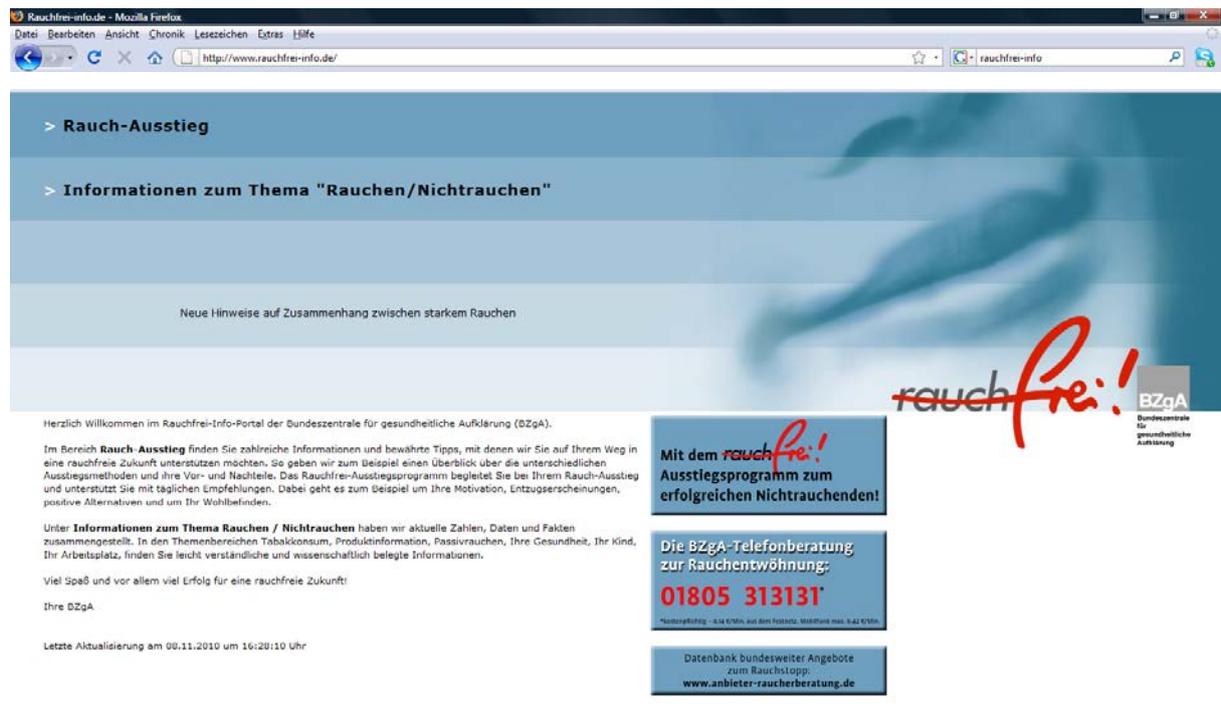
Neben der BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung wurde vom IFT und der BZgA „Das Rauchfrei Programm“ entwickelt, ein Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung für Erwachsene. Bundesweit werden entwöhnungswilligen Rauchern Kurse nach dem Rauchfrei-Programm angeboten, die auf den Elementen „Motivierung“, „Vorbereitung und Unterstützung beim Rauchstopp“ und „Stabilisierung der Abstinenz“ einer evidenzbasierten Tabakentwöhnung basieren. Dem 6- bis 8-wöchigen Kursprogramm liegt die Schlusspunkt-Methode (siehe Kapitel 5) zugrunde, nach der alle Kursteilnehmer nach der 4. Kursstunde mit dem Rauchen aufhören. In den ersten Kursstunden wird dieser Rauchstopptag gut vorbereitet, indem sich die Teilnehmer alternative Handlungen für ihre gewohnten Rauchsituationen überlegen und sich aller Rauchutensilien entledigen. Auswertungen der BZgA zufolge, wurde mit 1.422 durchgeführten Kursen im Jahr 2008 ein Rekord erzielt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2009).

Um Raucher zum Rauchstopp zu motivieren, wurde zwischen 2000 und 2008 alle 2 Jahre im Auftrag der BZgA der Wettbewerb „Rauchfrei“ durch das DKFZ durchgeführt. Bei jedem der fünf durchgeführten Wettbewerbe wurden Raucher aufgerufen, vom 1. Mai an mindestens über einen Zeitraum von 4 Wochen nicht zu rauchen. Als Anreiz dienten Geldpreise in Höhe von insgesamt 10.000 Euro, die an erfolgreiche Wettbewerbsteilnehmer, d.h. frische Ex-

Raucher, verlost worden sind. Seit Beginn der Wettbewerbe haben mehr als 270.000 Menschen teilgenommen und mit dem Rauchen aufgehört (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009).

Wie bei der „rauchfrei“-Jugendkampagne ist auch bei der „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne das Medium Internet zur Vermittlung präventiver Botschaften wichtig.

Abbildung 17: Startseite der BZgA-Internetpräsenz www.rauchfrei-info.de für die „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne bis Mai 2012



Über den Startseitenbereich der Webpräsenz www.rauchfrei-info.de, der bis zum Welt Nichtrauchertag 2012 in dem hier betrachteten Design (siehe Abbildung 17) verfügbar war¹, gelangen User zu einem weitreichenden, kontinuierlich wachsenden Informationsangebot der BZgA, bestehend aus Themen wie „Tabakkonsum“, „Produktinformationen“, „Tabakabhängigkeit“, „Passivrauchen“, „Rechtliche Maßnahmen“ oder „Ihre Gesundheit“. Mit den interaktiven Angeboten des Chats und des Forums treten die Nutzer in gegenseitigen Kontakt und unterstützen sich mit persönlichen „Erfolgsgeschichten“, die sie auf der Internetseite veröffentlichen können. Regelmäßige wöchentliche News informieren über neueste Studienergebnisse und aktuelle Gegebenheiten im Bereich (Nicht-

¹ Seit dem 31.05.2012 ist die Internetplattform www.rauchfrei-info.de in einem neu gestalteten Design online. Da sich die vorliegende Evaluation auf einen Zeitpunkt vor dem Redesign bezieht, wird bei den nachfolgenden Betrachtungen das alte Erscheinungsbild beschrieben.

)Rauchen. Bei Fragen und Anregungen kann die BZgA über Email-Korrespondenz oder die Hotline zur Rauchentwöhnung kontaktiert werden. Im Zuge der „rauchfrei“-Erwachsenenkampagne wurde das Internet seit 2005 sowohl zur Informationsvermittlung als auch zur Unterbreitung von Ausstiegsangeboten genutzt. Mit dem webbasierten Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ hat die BZgA eines dieser Angebote entwickelt und in die BZgA-Internetpräsenz www.rauchfrei-info.de implementiert. Detaillierte Informationen zum Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ werden in Kapitel 7.1 dargestellt.

4.5 Erfolge verhaltens- und verhältnispräventiver Strategien in der Tabakprävention

Mit der Kombination von Angeboten und Maßnahmen im „Policy Mix“ sind Fortschritte in der Tabakprävention erzielt worden, die es in Zukunft zu festigen gilt. Im nachfolgenden Kapitel wird verdeutlicht, dass das Zusammenspiel von verhaltens- und verhältnispräventiven Strategien seine Wirkung nicht verfehlt hat und wichtige Erfolge in unterschiedlichen Bereichen zu verzeichnen sind. Zu den Erfolgsindikatoren zählen die sinkenden Rauchprävalenzen besonders bei Kindern und Jugendlichen sowie die Zunahme der Nieraucherquote (Kapitel 4.5.1), das verstärkte Bewusstsein der Bevölkerung für die Gesundheitsgefahren, die durch Rauchen und Passivrauchen entstehen können (Kapitel 4.5.2), die Reduktion der Passivrauchexposition (Kapitel 4.5.3), die Zunahme rauchfreier Bereiche (Kapitel 4.5.4) und die verbesserte Luftqualität wie auch die verbesserte Gesundheit von Gastronomiemitarbeitern (Kapitel 4.5.5).

4.5.1 Rückgang der Rauchprävalenzen und Zunahme der Nieraucherquote

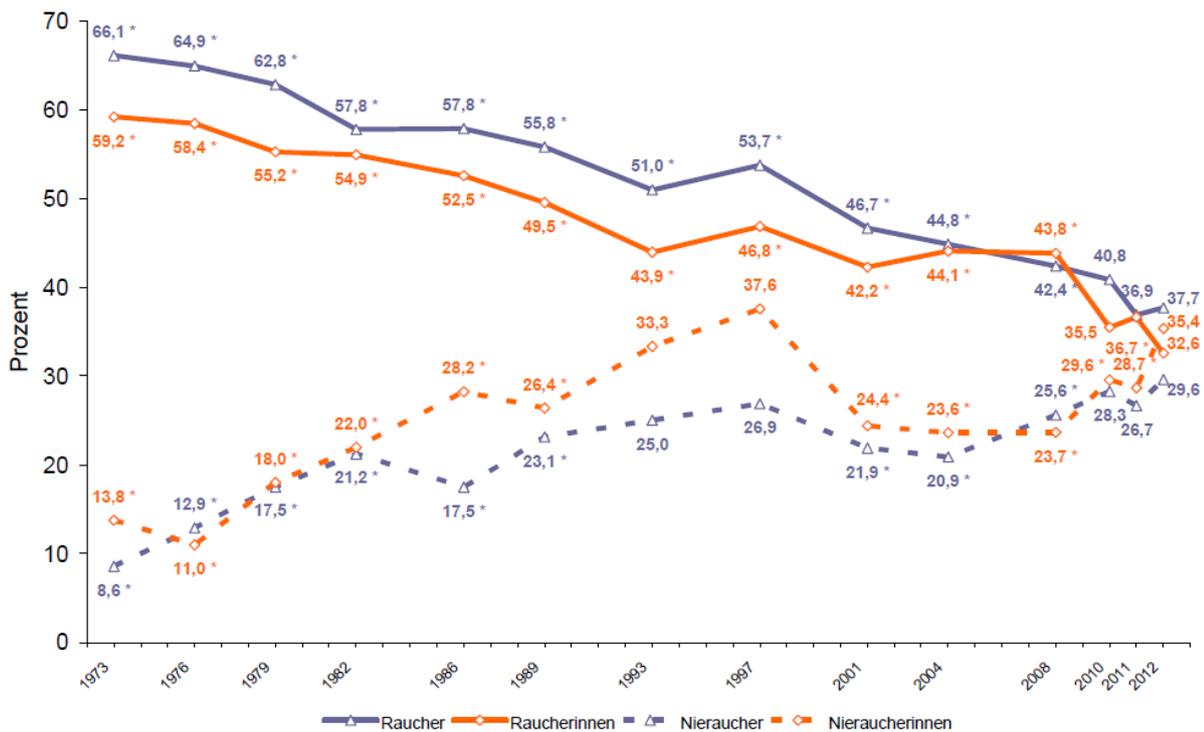
Der Anteil an rauchenden Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren ist seit 2001 sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Jugendlichen deutlich gesunken. Parallel zu dieser Entwicklung ist die Quote der gleichaltrigen Nieraucherinnen und Nieraucher deutlich angestiegen (BZgA 2009a; BZgA 2013). Dies wurde bereits in Kapitel 2.1.4 ausführlich dargestellt.

Auch mit Blick auf die Gruppe der jungen Erwachsenen zwischen 18- und 25-Jahren zeigt sich eine deutliche Reduktion in der Anzahl an Raucherinnen und Rauchern. Rauchten in den 80er Jahren weit mehr als 50%, so beliefen sich die Rauchprävalenzen 2012 auf 32,6% bei den weiblichen und 37,7% bei den männlichen Erwachsenen in der Altersgruppe 18 bis 25

Jahre (siehe Abbildung 18). Seit den letzten 30 Jahren ist somit eine kontinuierliche Abnahme des Tabakkonsums bei jungen Erwachsenen zu verzeichnen, die jedoch nicht derart ausgeprägt ist wie bei den Minderjährigen.

Da mit steigendem Alter auch der Anteil an Nieraucherinnen und Nierauchern sinkt, ist es wenig verwunderlich, dass die Nieraucherquote der volljährigen Frauen bis 25 Jahre mit 35,4% und die der gleichaltrigen Männer mit 29,6% im Jahr 2012 deutlich unter der im Vorfeld aufgeführten Nieraucherquote der Minderjährigen zwischen 12 und 17 Jahren liegt (BZgA 2009a).

Abbildung 18: Zeitliche Entwicklung der Prävalenz des Rauchens und des Nierauchens bei 18- bis 25-Jährigen, 1979 bis 2008 (BZgA 2013, S. 21)

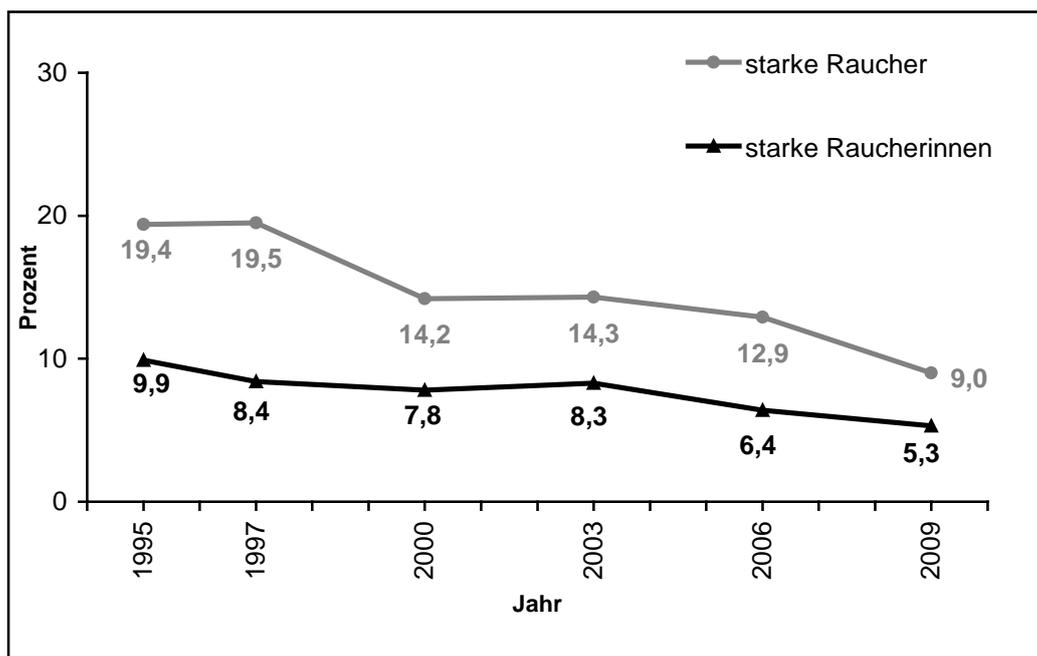


Während bei den 12- bis 17-Jährigen seit 2001 eine kontinuierliche Steigerung der Nieraucherquote von etwa 40% auf circa 72% im Jahr 2008 erzielt worden ist (siehe 2.1.4), haben sich die Prävalenzen des Nierauchens bei den jungen Erwachsenen zwischen 18- und 25-Jahren im gleichen Zeitraum nicht derart stark erhöht. Während 2001 insgesamt 23,1% der 18- bis 25-Jährigen Nieraucher waren, zählen 2012 insgesamt 32,4% zu dieser Gruppe (BZgA 2013).

Neben den Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren und den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren ist des Weiteren die Entwicklung des Rauchverhaltens in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung essentiell. Wie in Kapitel 2.1.4 dargestellt, rauchten 2009 insgesamt 36,6 % der Männer und 29,5 % der Frauen. Im Vergleich mit vormaligen Erhebungen wird deutlich, dass sich der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der Allgemeinbevölkerung seit 2003 um etwa zwei Prozent reduziert hat. Diese Entwicklung ist bemerkenswert, da während der 90er-Jahre bei Männern kein bedeutender Rückgang und bei Frauen sogar ein Anstieg der Rauchquote zu beobachten war (Lampert & List 2010b).

Parallel zum rückläufigen Trend im Rauchverhalten ist auch eine Reduktion hinsichtlich des starken Rauchens von 20 oder mehr täglich gerauchten Zigaretten zu verzeichnen (siehe Abbildung 19).

Abbildung 19: Zeitliche Entwicklung der Prävalenz des starken Rauchens (20 Zigaretten oder mehr pro Tag) bei 18- bis 59-Jährigen, 1995 bis 2009 (Kraus et al. 2010)



Während Mitte der 90er-Jahre noch nahezu jede zehnte Frau und jeder fünfte Mann als starke(r) Raucher(in) galt, hat sich diese Anzahl bis 2009 bei beiden Geschlechtern halbiert. Im Jahr 2009 rauchten 9,0% der Männer und 5,3% der Frauen täglich 20 oder mehr Zigaretten (Kraus et al. 2010).

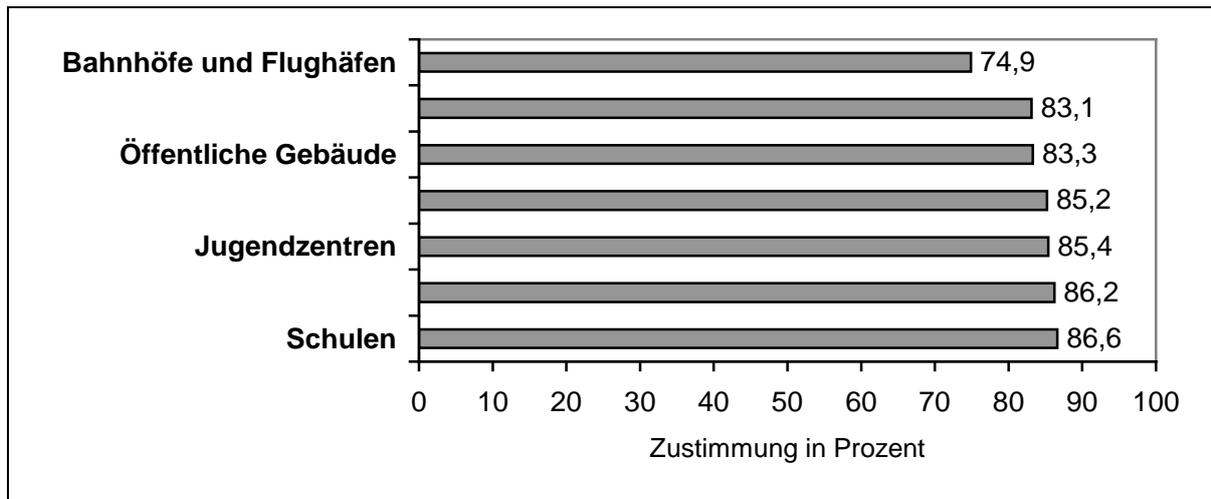
Diese Erfolge sind zurückzuführen auf die Interventionen im Bereich der Tabakprävention und die zunehmend positive Einstellung der Gesellschaft hinsichtlich Nichtrauchen. Trotz der rückläufigen Rauchprävalenzen bei der erwachsenen Bevölkerung und den gesunkenen Konsummengen bleiben die Prävalenzen der abhängigen Raucher allerdings seit dem Jahr 2000 identisch. Während im Jahr 2000 insgesamt 19,5% aller Tabakkonsumenten (20,3% der Männer; 18,5% der Frauen) als tabakabhängig diagnostiziert² wurden, war auch 2009 mit 20,1% (19,4% der Männer; 21,2% der Frauen) jede fünfte Person von der Zigarette abhängig (Kraus et al. 2010). Dies deutet „auf eine unverändert hohe Belastung in der Allgemeinbevölkerung hin“ (Kraus et al. 2010, S. 344).

4.5.2 Verstärktes Bewusstsein für die Gesundheitsgefahren durch (Passiv-) Rauchen

In Deutschland hat sich das Bewusstsein der Bevölkerung bezüglich des Konsums von Tabakprodukten und der daraus resultierenden Gesundheitsgefahren für Raucher und für die passivrauchenden Mitmenschen gewandelt. Rauchen und Passivrauchen werden zunehmend kritischer betrachtet und stoßen nicht mehr auf derart breite gesellschaftliche Akzeptanz wie vor ein paar Jahren. Die Zustimmung zu Rauchverböten ist hoch, wie die Analysen der Bertelsmann Stiftung im Rahmen ihres Gesundheitsmonitors 2007 belegen (siehe Abbildung 20) (Mons et al. 2008). Für alle Orte und Plätze, an denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten, lag die Zustimmung bei über 85%. Auch an Arbeitsplätzen (83,1%), in öffentlichen Gebäuden (83,3%) und öffentlichen Verkehrsmitteln (86,2%) wünscht sich die deutsche Bevölkerung Rauchverböte. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass besonders die Problematik des Passivrauchens erkannt worden ist – sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Bei den Erwachsenen stufen 2007 mit 95% der nichtrauchenden und 89% der rauchenden Personen die große Mehrheit Zigarettenrauchen als gefährlich für Nichtraucher ein. Zudem ist einem Großteil der Raucher (80%) und Nichtraucher (91%) bekannt, dass Passivrauchen Lungenkrebs verursachen kann. Auch der Zusammenhang zwischen Asthma bei Kindern und der Passivrauchexposition ist 86% der Raucher und 89% der Nichtraucher bewusst (Kröger et al. 2010).

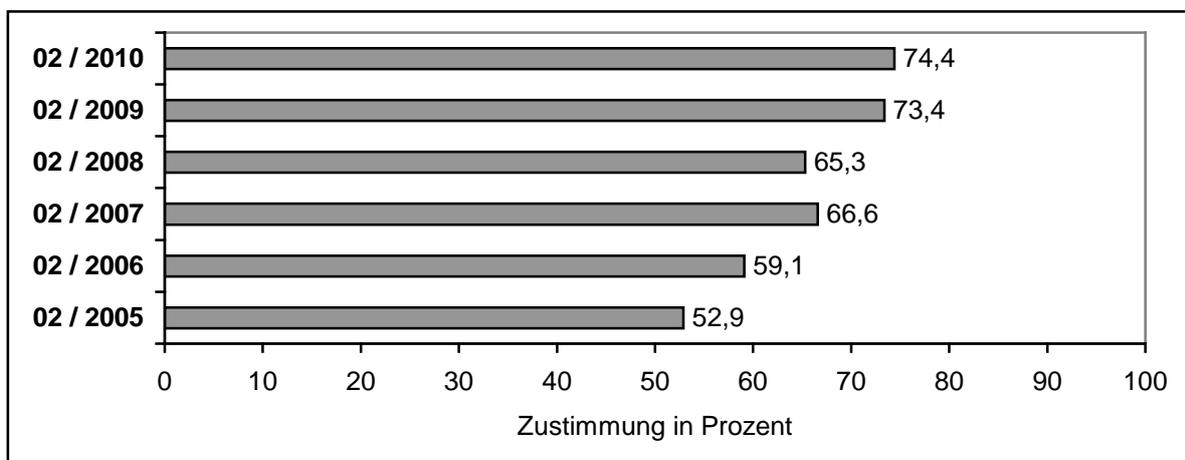
²Diagnose der Tabakabhängigkeit siehe Kapitel 2.2.

Abbildung 20: Zustimmung der deutschen Bevölkerung im zu Rauchverboten an verschiedenen Orten im Jahr 2007 (Mons et al. 2008)



Das verstärkte Bewusstsein für die Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen äußert sich auch im Verhalten der Bevölkerung: Im Epidemiologischen Suchtsurvey untersuchen Baumeister et al. (2008) den Anteil an nichtrauchenden Personen, die sich durch Raucher gestört fühlen und Orte meiden, an denen geraucht wird. Ergebnis ist, dass Frauen (45%) Passivrauchen häufiger stört als Männer (37%) und sie auch öfter passivrauchbelastete Plätze meiden (Frauen 63%; Männer 53%). Die Repräsentativerhebungen des Deutschen Krebsforschungszentrums (Mons 2010) bestätigen diese Einstellung und verdeutlichen mit Blick auf die Gastronomie, dass sich die deutliche Mehrheit der Bevölkerung rauchfreie Gaststätten wünscht.

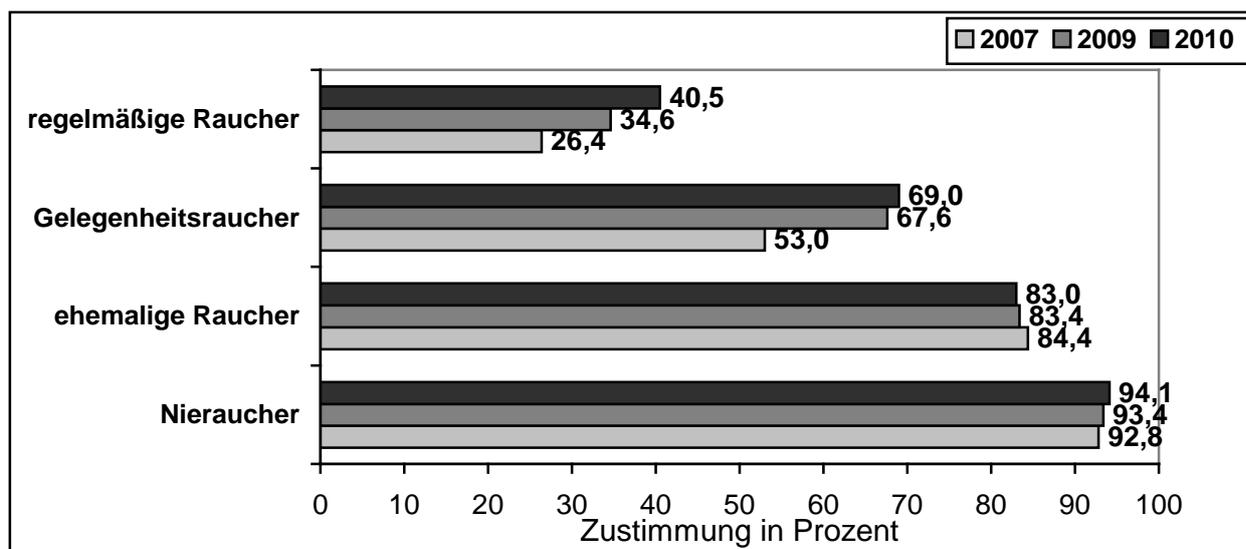
Abbildung 21: Wunsch der erwachsenen Bevölkerung Alter über 16 Jahren nach rauchfreien Gaststätten in Deutschland von 2005 bis 2010 (Mons 2010)



Im Februar 2010 begrüßten mit 74,4% knapp $\frac{3}{4}$ der befragten Erwachsenen ein Rauchverbot in Gaststätten, lediglich bei einer Minderheit wurde eine ablehnende Haltung deutlich. Im

Zeitvergleich (siehe Abbildung 21) wird zudem ersichtlich, dass sich von 2005 bis 2010 die Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten erhöht hat. Während im Jahr 2005 etwas mehr als die Hälfte der Befragten (52,9%) rauchfreie Gaststätten befürworteten, ist diese Anzahl danach deutlich gestiegen und belief sich nach Einführung der Nichtraucherschutzgesetze in allen Bundesländern auf fast 75%. Um zu ermitteln, welche Personen sich zustimmend geäußert haben, ist ein Blick auf den Raucherstatus interessant. Sind es vorwiegend Nichtraucher, die rauchfreie Gaststätten begrüßen? Welche Einstellungen haben Raucher und ehemalige Raucher? Die nachfolgende Abbildung 22 zeigt, dass neben einem Großteil der Nichtraucher (94,1%) und ehemaligen Raucher (83,0%) auch viele Gelegenheitsraucher (69,0%) und regelmäßige Raucher (40,5%) zu den Befürwortern rauchfreier Gaststätten zählen. Bemerkenswerterweise ist die Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten in Deutschland verstärkt auf die steigende Zustimmung bei regelmäßigen Rauchern und ehemaligen Rauchern zurückzuführen. Während die Zustimmungsquote bei Nichtrauchern und ehemaligen Rauchern in den Jahren 2007, 2009 und 2010 relativ konstant geblieben ist, ist sie bei Gelegenheitsrauchern von 53,0% in 2007 auf 67,6% in 2009 und 69,0% in 2010 gestiegen. Ein ähnlicher Anstieg lässt sich auch bei den regelmäßigen Rauchern erkennen. Während vor Einführung der Nichtraucherschutzgesetze die Zustimmungsquote bei 26,4% lag (2007), war 2009 ein Wert von 34,6% und 2010 sogar ein weiterer Anstieg auf 40,5% zu verzeichnen.

Abbildung 22: Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten in Deutschland nach Raucherstatus (Mons 2010)



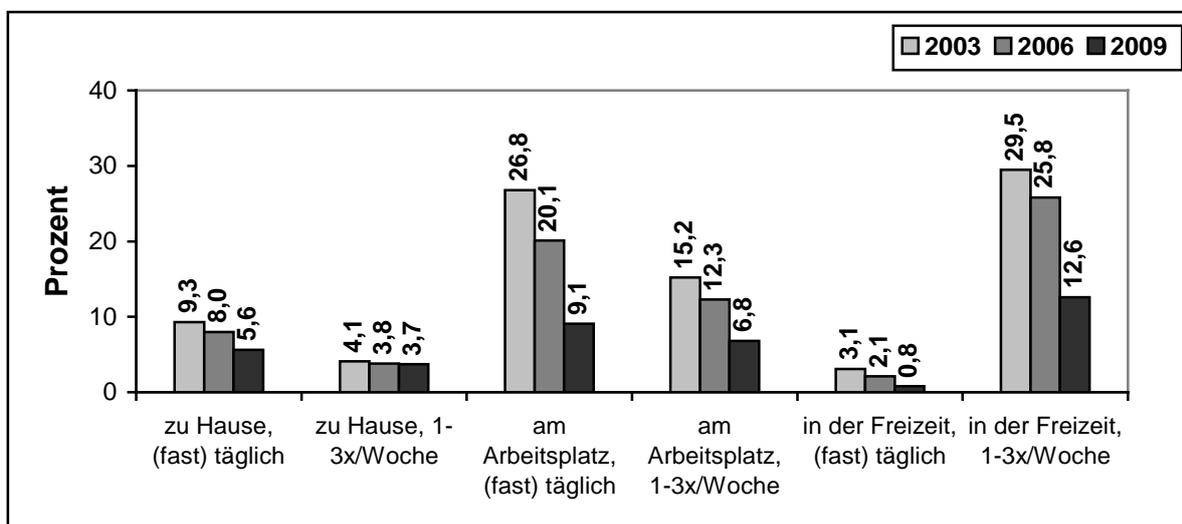
Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass sich im Jahr 2009 die Mehrheit der Bevölkerung (71,1%) für bundesweit einheitliche Regelungen aussprach. Lediglich 28,9% der Deutschen befürwortete länderspezifische Gesetzgebungen, so wie sie mit den Landesnichtraucherschutzgesetzen der 16 Bundesländer umgesetzt wurden (Mons 2010).

4.5.3 Rückgang der Passivrauchexposition

Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys aus den Jahren 2003, 2006 und 2009 erlauben Aussagen über den Trend der Passivrauchbelastung in der eigenen Wohnung, am Arbeitsplatz und in der Freizeit und belegen eine drastische Reduktion der Exposition mit Passivrauch in allen Bereichen (siehe Abbildung 23). Diese positive Entwicklung ist besonders an Arbeitsplätzen und in der Freizeit ersichtlich. Während 2003 jeder vierte Erwerbstätige fast täglich Passivrauch am Arbeitsplatz ausgesetzt war (2003: 26,8%), war dies sechs Jahre später noch bei jeder zehnten Person der Fall (2009: 9,1%). Im gleichen Zeitraum hat sich zudem die Anzahl an Personen, die 1- bis 3-Mal pro Woche Passivrauch ausgesetzt sind, von 15,2% im Jahr 2003 auf 6,8% im Jahr 2009 mehr als halbiert.

In der Freizeit kamen 2009 noch 12,6% aller Nichtraucher 1- bis 3-Mal pro Woche und 0,8% fast täglich mit Rauchern in Kontakt, so dass sie passiv mitrauchen. Sechs Jahre zuvor beliefen sich diese Werte auf mehr als das zwei- bis sogar fast vierfache. In der eigenen Wohnung ist die Reduzierung der Passivrauchbelastung nicht derart ausgeprägt, aber deutlich vorhanden. Während 2003 insgesamt 9,3% täglich und 4,1% 1- bis 3- Mal pro Woche passiv mitrauchten, reduzierten sich die Anteile bis 2009 auf 5,6% bzw. 3,7% (siehe Abbildung 23).

Abbildung 23: Häufigkeit des Passivrauchens in den Jahren 2003, 2006 und 2009 (Augustin et al. 2003; Baumeister et al. 2008; Müller et al. 2010)

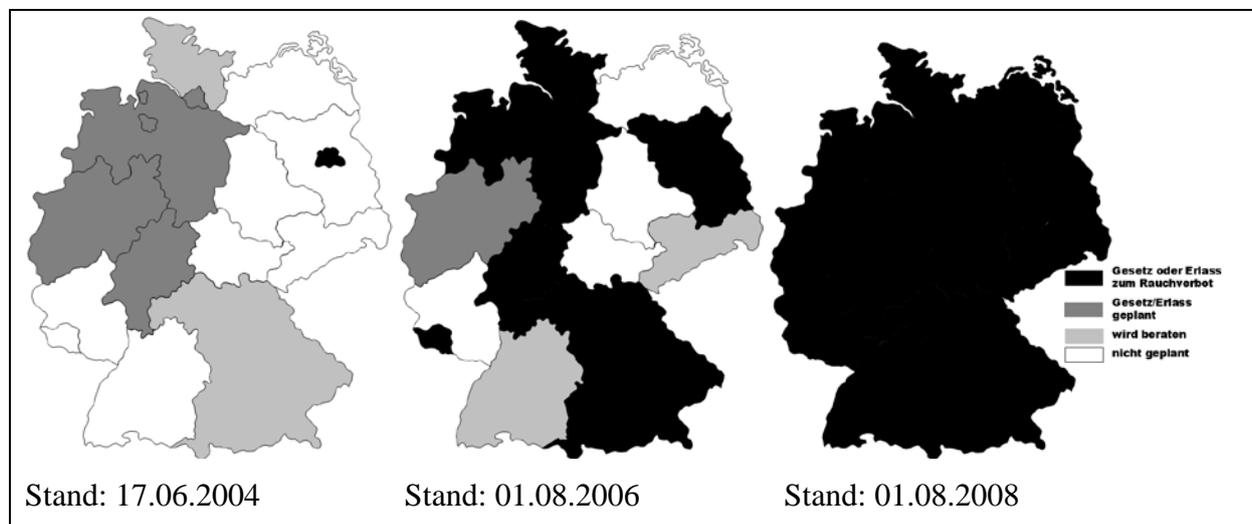


Trotz der positiven Trendergebnisse ist noch immer die Freizeit derjenige Bereich, in welchem Personen am häufigsten 1- bis 3-Mal pro Woche mit Passivrauch exponiert werden (2009: 12,6%). Weder zuhause noch am Arbeitsplatz waren 2009 ähnlich hohe Prävalenzen festzustellen. Das nahezu tägliche Rauchen anderer Personen mussten 2009 am häufigsten Erwerbstätige am Arbeitsplatz ertragen (9,1%). Lediglich 5,6% waren zu Hause und nur 0,8% in der Freizeit fast täglicher Passivrauchexposition ausgesetzt.

4.5.4 Zunahmen rauchfreier Bereiche

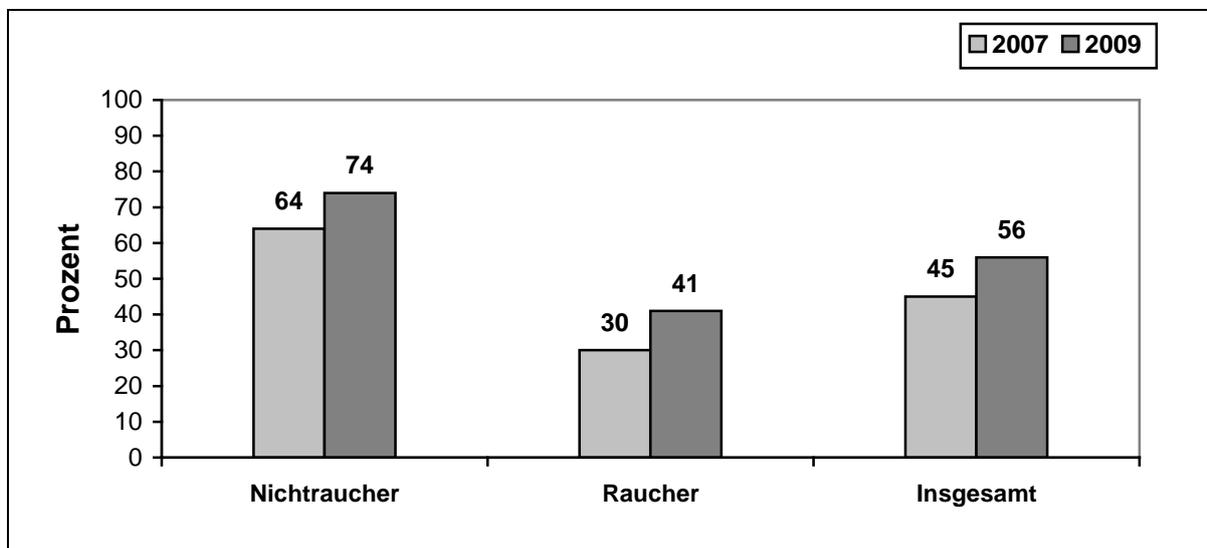
Mit den gesetzlichen Regelungen, die in der Arbeitsstättenverordnung, im Bundesnichtraucherschutzgesetz und in den landesspezifischen Nichtraucherschutzgesetzen verankert worden sind, hat sich die Anzahl rauchfreier Bereiche im gesellschaftlichen Leben enorm erhöht. Sowohl für Arbeitnehmer an Arbeitsplätzen ohne Publikumsverkehr als auch in Einrichtungen des Bundes, im öffentlichen Personenverkehr und in Personenbahnhöfen ist Rauchfreiheit garantiert. Mit den Landesgesetzen zum Nichtraucherschutz wurden bundeslandspezifische Regelungen erlassen, die aber in großen Teilen miteinander übereinstimmen. So gelten in zahlreichen Bundesländern Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen, Gesundheits-, Kultur-, Sport- und Bildungseinrichtungen wie z.B. in Behörden und Gerichten, Gefängnissen, Kliniken, Heimen, Hochschulen, Sporthallen und Schwimmbädern, Museen, Theater, Kinos, Diskotheken sowie zum Teil in Einkaufszentren und auf Flughäfen. Von besonderer Bedeutung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist die Rauchfreiheit in Jugendhäusern, Kindertagesstätten und Schulen, die in allen Bundesländern verankert ist.

Abbildung 24: Deutschlandweite Entwicklung der Rauchverbote in Schulen, 2004 bis 2008



Als erstes Bundesland hat Berlin im Jahr 2004 ein gesetzliches Rauchverbot im Setting Schule eingeführt (siehe Abbildung 24). Bis 2006 hatten sich ca. die Hälfte aller deutschen Bundesländer diesem Vorgehen angeschlossen und ebenfalls die schulische Rauchfreiheit ohne Ausnahmen im jeweiligen Schulgesetz oder in entsprechenden Erlassen der Landesbehörde umgesetzt. Mit Beginn des Schuljahres 2008/2009 ist allen Schultypen aller 16 Bundesländer das Rauchen für alle Personengruppen und alle Formen der Trägerschaften nicht mehr gestattet. Parallel zur gesetzlich vorgeschriebenen Rauchfreiheit in den benannten Bereichen, lässt sich ein langfristiger Trend zur Zunahme rauchfreier Wohnungen feststellen. So ist die Anzahl rauchfreier Wohnungen von insgesamt 45% im Jahr 2007 auf 56% im Jahr 2009 angestiegen. Während sich die Zahl der rauchfreien Unterkünfte bei Rauchern im Jahr 2009 (41%) auf einen deutlich geringeren Wert im Vergleich zu Nichtraucherhaushalten (74%) beläuft, so ist in beiden Gruppen seit 2007 ein paralleler Anstieg von 10- bzw. 11-Prozentpunkten zu verzeichnen (siehe Abbildung 25). Dies verdeutlicht eine verstärkte positive Einstellung gegenüber dem Nichtrauchen sowohl auf Seiten der Nichtraucher als auch auf Seiten der rauchenden Personen in Deutschland (DKFZ 2010c).

Abbildung 25: Anteile der deutschen Haushalte, in denen das Rauchen vollständig verboten ist in den Jahren 2007 und 2009 (DKFZ 2010c)



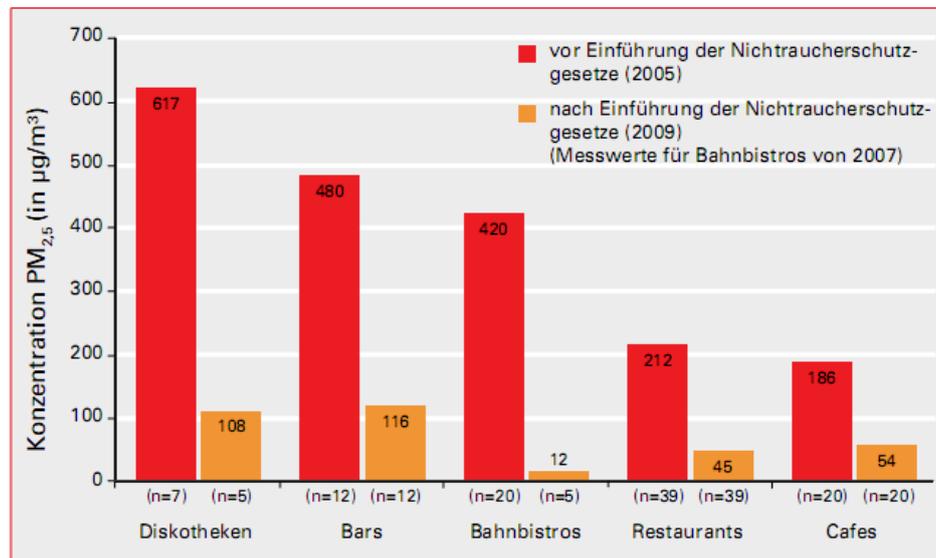
Raucherinnen und Raucher stellten im Jahr 2009 deutlich strengere Regeln für das Rauchen im eigenen Haushalt auf als dies noch zwei Jahre zuvor der Fall war. Der Anteil rauchender Personen, die das Rauchen in der Wohnung komplett verbietet, ist von 30% im Jahr 2007 auf 41% in 2009 angestiegen. Komplementär dazu ist der Anteil an Rauchern, die das Rauchen in der Wohnung in manchen Räumen (2007: 44%; 2009: 36%) oder unter besonderen

Umständen (2007: 12%; 2009: 11%) gestatten, gesunken. Während 2007 noch 15% aller Raucher das Rauchen überall in der Wohnung erlaubt haben, so hält diese Regelung zwei Jahre später nur noch etwa jede zehnte Person (2009: 11%) aufrecht. Besonders wenn Kinder in einem Raucherhaushalt leben, ist die Wahrscheinlichkeit, ein komplettes Rauchverbot für die eigene Person als auch für andere Raucher zu verhängen, erhöht. Während nur jeder dritte Raucher ohne minderjährige Kinder im Haushalt im Jahr 2009 auf das Rauchen in der Wohnung verzichtete, verboten 69% aller Raucher, deren jüngstes Kind bis zu 5 Jahre alt ist, und 52% derjenigen Raucher mit einem Kind zwischen 6 und 12 Jahren das Rauchen im eigenen Haushalt. Bei Rauchern, deren jüngstes Kind 13 bis 17 Jahre alt ist, herrschte noch in 43% aller Haushalte im Jahr 2009 ein Rauchverbot. Somit wird nicht nur deutlich, dass rauchende Eltern im Vergleich zu Rauchenden ohne minderjährige Kinder im Haushalt den Tabakkonsum zuhause häufiger verbieten. Festzustellen ist auch ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und der Durchführung eines vollständigen Rauchverbotes. Je älter das jüngste Kind in einem Raucherhaushalt ist, in desto weniger Wohnungen ist das Rauchen nicht gestattet (DKFZ 2010c).

4.5.5 Verbesserte Luftqualität und verbesserte Gesundheit von Gastronomiemitarbeitern

Die Ergebnisse internationaler Studien belegen, dass sich die Luftqualität in der Gastronomie nach Einführung eines Rauchverbotes verbessert und eine Abnahme der Schadstoffgehalte in der Innenraumlufte zu verzeichnen ist (Fromme et al. 2009). Messreihen des Deutschen Krebsforschungszentrums aus den Jahren 2005 und 2009 bestätigen die durch den verbesserten Nichtraucherschutz erwirkte geringere Partikelkonzentration in allen Gastronomietypen für die Bundesrepublik Deutschland (siehe Abbildung 26) (DKFZ 2010c). Vor Einführung der Nichtraucherschutzgesetze im Jahr 2005 wurden durchweg hohe Partikelkonzentrationen in der Raumlufte von Gastronomiebetrieben gemessen, die besonders ausgeprägt in Diskotheken, Bars und Bahnbistros zu finden waren. In diesen Bereichen wurde deutlich mehr geraucht als in Cafés und Restaurants. Bei Bars und Bahnbistros spielte die geringere Größe der Räume eine Rolle, da hohe Partikelkonzentrationen aufgrund einer geringeren Verdünnung des Tabakrauches begünstigt werden (DKFZ 2010c).

Abbildung 26: Vergleich der Schadstoffbelastung (Konzentration von lungengängigen Partikeln einer Größe bis $2,5\mu\text{m}$) in der Raumluft von Gastronomiebetrieben in Deutschland, vor (2005) und nach (2007 bzw. 2009) Einführung der Nichtraucherchutzgesetze (DKFZ 2010c)



Die Messung im Jahr 2009, d.h. nach Einführung der Nichtraucherchutzgesetze, verdeutlicht eine gesunkene Schadstoffbelastung in der Raumluft von Gastronomiebetrieben in Deutschland. „Die Konzentration von Partikeln in der Raumluft sank bundesweit in Diskotheken um 82 Prozent, in Bars um 76 Prozent, in Restaurants um 79 Prozent und in Cafés um 71 Prozent (DKFZ 2010c, S. 27).“ Darüber hinaus führt ein konsequenter Nichtraucherchutz in der Gastronomie nicht nur zu einer verbesserten Luftqualität, sondern auch zu deutlich verminderten – durch Passivrauchen ausgelöst – Gesundheitsbeschwerden nichtrauchender Beschäftigter. So kann das im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Lungentumorrisiko der Beschäftigten nachhaltig gesenkt werden (Fromme et al. 2009). Das Deutsche Krebsforschungszentrum weist darauf hin, dass sich auch Atemwegsbeschwerden und sensorische Symptome wie gereizte, rote Augen oder ein kratzender Hals verbessern (DKFZ 2010c).

Diese positiven Entwicklungen könnten verstärkt werden, wenn keine Ausnahmeregelungen oder Umsetzungsmisstände vorhanden wären. Wie bereits verdeutlicht, ist jedoch bis dato keine ausnahmslos rauchfreie Gastronomie verankert worden, um nichtrauchende Mitarbeiter und Gäste vollständig vor den Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen zu schützen. In Gastronomiebetrieben mit Ausnahmeregelungen, wie abgetrennten Raucherräumen oder Raucherkeipen, ist die Belastung durch Tabakrauch noch immer auf einem hohen Niveau, so dass Angestellte in vollständig rauchfreien Betrieben deutlich weniger belastet sind als

Mitarbeiter anderer Gastronomieeinrichtungen, in denen das Rauchen (in gewissen Bereichen) erlaubt ist. Diese waren auch im Jahr 2009 einer 5- bis 11-fach höheren Partikelkonzentration in der Raumluft ausgesetzt als ihre in vollständig rauchfreier Gastronomie arbeitenden Kollegen (DKFZ 2010c). Nach aktuellem Erkenntnisstand erreichen andere Maßnahmen, wie abgetrennte Raucherräume oder Belüftungsanlagen, keine vergleichbar hohen und nachhaltigen Schadstoffreduktionen (Fromme et al. 2009).

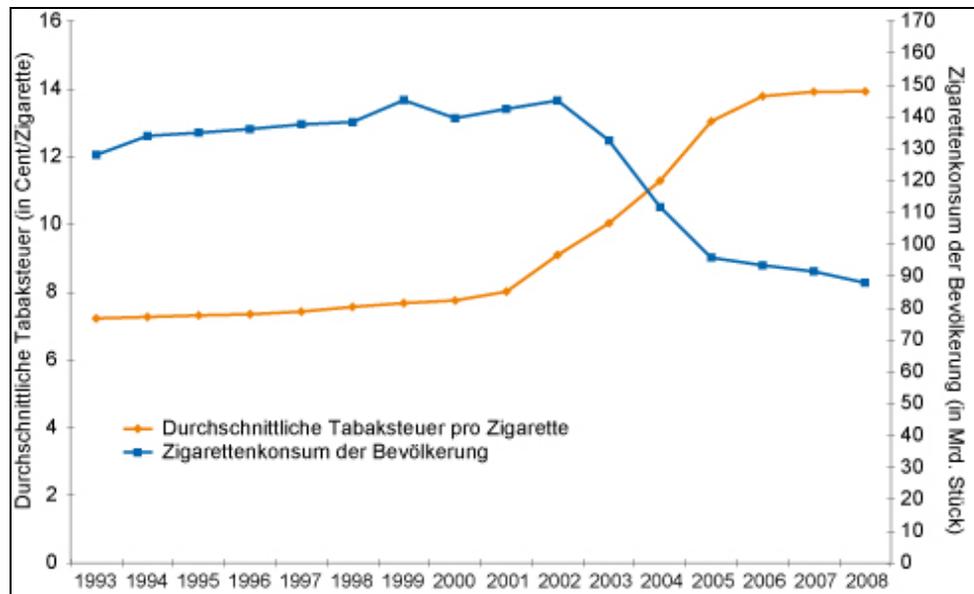
Trotz der deutlich positiven Entwicklung in der Gastronomie ist diesbezüglich Nachbesserungsbedarf ersichtlich. Eine Möglichkeit zur Durchsetzung rauchfreier Gastronomiebetriebe bestünde in der Änderung der Arbeitsstättenverordnung, welche aktuell besagt, dass der Arbeitgeber laut § 5 die „erforderlichen Maßnahmen zu treffen [hat], damit die nicht rauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind. Soweit erforderlich, hat der Arbeitgeber ein allgemeines oder auf einzelne Bereiche der Arbeitsstätte beschränktes Rauchverbot zu erlassen.“ In Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr, also Gastronomiebetrieben, sind nur insofern Schutzmaßnahmen zu treffen, „als die Natur des Betriebes und die Art der Beschäftigung es zulassen.“ Dieser einschränkende Absatz könnte ersatzlos gestrichen werden. Somit wäre die Rauchfreiheit in der deutschen Gastronomie bundesweit gesetzlich festgeschrieben (DKFZ 2010c).

4.5.6 Steigende Akzeptanz von Tabaksteuererhöhungen

Seit 2002 ist die Akzeptanz der Tabaksteuererhöhungen in der deutschen Bevölkerung deutlich angestiegen. So befürworten im Januar 2002 insgesamt 33,7%, im Januar 2003 35,5%, im März 2004 43,0% und im Dezember 2004 41,6% die Tabaksteuererhöhungen (Hanewinkel, R. & Isensee, B. 2005). Besondere Bedeutung kommt der Tabaksteuererhöhung zu, da sich aufgrund der diesbezüglichen Preiserhöhungen von Tabakwaren auch das Konsumverhalten der Raucher ändert. Es lässt sich konstatieren, dass weniger Personen rauchen als vor der Tabaksteuererhöhung (Hanewinkel, R. & Isensee, B. 2002, 2004, 2005). Dies bestätigen auch die Befunde des repräsentativen telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2005. Insgesamt 24% der männlichen Personen und 22% der weiblichen Personen haben ihren Tabakkonsum deutlich reduziert (Kröger et al. 2010). Wissenschaftliche Publikationen zeigen zudem, dass eine 10-prozentige Preiserhöhung für Zigaretten zu einer Reduktion des Zigarettenkonsums um etwa 4 Prozent führt (Pötschke-Langer & Schulze 2003). Auch mit Blick auf die Absatzzahlen für Zigaretten wird seit 2002

ein deutlicher Rückgang sichtbar (siehe Abbildung 27), welcher verstärkt auf die Tabaksteuererhöhungen zurückzuführen ist.

Abbildung 27: Tabaksteuer und Zigarettenkonsum in Deutschland (Mons & Pötschke-Langer 2010, S. 147)



Weiterhin lässt sich feststellen, dass viele Raucherinnen (32%) und Raucher (27%) ihre Zigarettenmarke gewechselt haben. Sowohl der Wechsel der Zigarettenmarke als auch die Einschränkung des Tabakkonsums sind einkommensabhängig und häufiger bei Personen mit geringerem Einkommen vorzufinden (Kröger et al. 2010).

4.6 Zwischenfazit

Mit dem vorgestellten Bündel an Maßnahmen im Policy Mix werden differenzierte Strategien und Ansätze der Verhaltens- und Verhältnisprävention umgesetzt. Die Problematik des Tabakkonsums wird als gesamtgesellschaftliches Problem erkannt und im Rahmen von nationalen und internationalen Abkommen umfassend behandelt. So wurden in Deutschland in den vergangenen Jahren die Tabaksteuer erhöht, Gesetze zur Schaffung einer rauchfreien Umwelt erlassen, Regelungen bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen verabschiedet, Warnhinweise auf die Verpackungen von Tabakerzeugnissen gedruckt, Tabakwerbeverbote ausgesprochen sowie der Jugendschutz durch Verkaufsverbote an unter 18-Jährige und alterskontrollierte Abgaben an Zigarettenautomaten verbessert. Kombiniert werden diese strukturellen Herangehensweisen mit den dargelegten Interventionen auf verhaltenspräventiver Ebene. Dass diese Kombination Wirkung zeigt, wurde im vorliegenden Kapitel differenziert erläutert. Zusammenfassend wird somit deutlich, dass mit dem Rückgang

der Rauchprävalenzen, der Zunahme der Nieraucherquote, dem verstärkten Bewusstsein für die Gesundheitsgefahren durch (Passiv-)Rauchen, dem Rückgang der Passivrauchexposition, der Zunahme rauchfreier Bereiche, der verbesserten Luftqualität in Gaststätten und der steigenden Akzeptanz von Tabaksteuererhöhungen bereits große Erfolge zu verzeichnen sind. Auf diesen Erfolgen können sich die Experten der Tabakprävention jedoch nicht ausruhen, da die Tabakindustrie diverse Schlupflöcher nutzt und stets mit anderen Taktiken aufwartet. Die Erfolge und Fortschritte in der Tabakprävention gilt es in Zukunft zu festigen und auszubauen.

Ein zentraler Bestandteil der Strategien und Ansätze in der Tabakprävention, der verstärkter Aufmerksamkeit bedarf, ist der Schwerpunkt „Tabakentwöhnung“, der auch mithilfe des in der vorliegenden Arbeit betrachteten internetbasierten Ausstiegsprogramms „rauchfrei“ verfolgt wird. Um die für diese Forschungsarbeit notwendige Kenntnis darüber zu erlangen, in welchem Kontext an Maßnahmen der Tabakentwöhnung das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ einzuordnen ist, welchen Qualitätsansprüchen Tabakentwöhnungsmaßnahmen genügen müssen und wie wirksam Tabakentwöhnungsangebote sind, wird im nachfolgenden Kapitel 5 die „Tabakentwöhnung in Deutschland“ eingehender betrachtet.

5 Tabakentwöhnung in Deutschland

Die im Vorfeld beschriebenen vielseitigen Auswirkungen des Rauchens und die hohen Mortalitäts- und Morbiditätsraten, die auf den Tabakkonsum zurückzuführen sind, machen Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums dringend notwendig. Die vielfach in der Bevölkerung vorherrschende Meinung, Raucher seien nicht abstinenter, weil sie willensschwach sind oder es ihnen an der notwendigen Motivation mangelt, ist in Frage zu stellen. Vor dem Hintergrund der Ausführungen in Kapitel 2.2 wird deutlich, dass Raucher abhängig sind. Die Tabakabhängigkeit umfasst eine psychische Komponente, die gerne als „Die Macht der Gewohnheit“ umschrieben wird und eine Art Zwang, zur Zigarette zu greifen, darstellt, und eine physische Komponente, die auf die Wirkung des Nikotins im Gehirn zurückzuführen und für körperliche Entzugssymptome kurz nach dem Konsum der letzten Zigarette verantwortlich ist. Vor diesem Hintergrund ist eine mehrdimensionale Raucherentwöhnung notwendig, die sowohl die psychischen als auch die physischen Komponenten der Tabakabhängigkeit gleichermaßen einbezieht (Batra 2001a). Die in diesem Zusammenhang in Deutschland zur Verfügung stehenden Angebote in der Tabakentwöhnung werden in diesem Kapitel differenziert beleuchtet (Kapitel 5.3), so dass der Leser eine Vorstellung von der Vielfalt der am Markt vorhandenen Maßnahmen bekommt und das in vorliegender Forschungsarbeit zu betrachtende internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ einordnen kann. Voraus gehen Erläuterungen zu den Grundlagen der Tabakentwöhnung (Kapitel 5.1) sowie die Definition von Qualitätskriterien, die an fundierte Rauchentwöhnungsangebote gestellt werden (Kapitel 5.2).

5.1 Grundlagen der Tabakentwöhnung

Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit sind komplexe Zustände, deren Beginn und Entwicklung auf eine Vielzahl an biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zurückzuführen ist (Kröger & Piontek 2011). Dementsprechend sind spezielle Strategien der Tabakentwöhnung notwendig, die die Kenntnis allgemeiner Grundlagen der Tabakentwöhnung voraussetzen. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Verläufe des Tabakkonsums vom Ein- bis zum Ausstiegsprozess, wie auch die Bestandteile erfolgreicher Tabakentwöhnung, dargestellt.

5.1.1 Verläufe des Tabakkonsums

Beginn des Tabakkonsums / Einstiegsprozesse

Der erste Griff zu Tabakwaren erfolgt in den meisten Fällen bereits im Kindes- und Jugendalter mit 13 bis 14 Jahren (BZgA 2011) und ist zurückzuführen auf Neugier bzw. den Wunsch, das sozial anerkannte Verhalten des Rauchens nachzuahmen (Modellernen), und das Bedürfnis nach Abgrenzung von Eltern und anderen Erwachsenen. Sozial verstärkend wirkt die Anzahl rauchender Freunde und grundsätzlich zustimmendes Verhalten der Peergroup, die besonders in der Pubertät beim Lösungsprozess vom Elternhaus bedeutend ist. Das Rauchen einer Zigarette ist bei einem Teil der Jugendlichen ein Symbol für die Zugehörigkeit zur Peergroup (Kröger & Piontek 2011; Kröger & Lohmann 2007) und wird zudem durch die differenzierten Werbestrategien der Tabakindustrie positiv beeinflusst (Batra & Buchkremer 2008).

Dem Erstkonsum und einer Anfangsphase des Ausprobierens folgt die Phase der Stabilisierung des Tabakkonsums wie auch die Entwicklung einer Abhängigkeit, die auf die bereits im Vorfeld beschriebene klassische und operante Konditionierung (siehe Kapitel 3.2.1) zurückzuführen sind (Batra & Buchkremer 2008). Ob Personen sich zu regelmäßigen Rauchern entwickeln, ist von biologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen abhängig. Während in der Experimentierphase negative körperliche Effekte wie Übelkeit oder Kreislaufschwäche weiteren Tabakkonsum verhindern können, treten bei einer Fortsetzung des Konsums bereits innerhalb kurzer Zeit Anzeichen einer Abhängigkeit auf, die auf das hohe Suchtpotential des Nikotins zurückzuführen sind. Von besonderer Bedeutung bei der Entwicklung regelmäßigen Rauchens ist die psychotrope Auswirkung des Nikotins auf den Raucher, der gelernt hat, die anregenden und beruhigenden Effekte des Tabakkonsums als Verstärker zu benutzen. Mit zunehmender Dauer geht der Raucher von einer Phase, die geprägt ist durch stärkere und schwächere Konsummuster, über in den Gewohnheitskonsum, in dem es zu einer Stabilisierung des Rauchverhaltens kommt. In diese Phase eingetreten, steht der Tabakkonsum bei abhängigen Rauchern unter negativer Kontrolle, da die vermeintlich positiven Effekte des Rauchens auf die Vermeidung von Entzugserscheinungen zurückzuführen sind, die erst durch das Rauchen selbst verursacht werden (siehe Kapitel 2.2.2) (Kröger & Piontek 2011; Kröger & Lohmann 2007).

Beendigung des Tabakkonsums / Ausstiegsprozesse

20% bis 30% der Raucher in Deutschland versuchen jährlich den Zigarettenkonsum zu beenden. Ausschlaggebend dafür sind häufig individuelle Auslöser (wie sozialer Druck, Angst vor körperlichen und gesundheitlichen Folgeschäden, Absinken der Leistungsfähigkeit, Abhängigkeitsgefühl) oder strukturelle Gründe (wie Preiserhöhung oder beschränkte Konsumorte). Ist ein Raucher zum Rauchstopp entschlossen, so führt die Mehrheit einen Ausstiegsversuch eigenständig durch. Kröger & Lohmann (2007) sprechen von circa 80% aller ausstiegswilligen Raucher, die ohne fremde Hilfe mit dem Rauchen aufhören. Die Erfolgsaussichten selbst initiiert Ausstiegsversuche sind jedoch sehr gering und belaufen sich auf 3 bis 7%. Das hohe Rückfallrisiko ist besonders in den ersten Tagen nach dem Rauchstopp ausgeprägt, so dass häufig Faktoren wie Stress, Entzugerscheinungen oder der Rückfall in alte Verhaltensmuster ausschlaggebend für den erneuten Tabakkonsum sind. Mit der Zeit verringert sich das Rückfallrisiko deutlich, ist jedoch nie gänzlich verschwunden (Kröger & Lohmann 2007). Es lässt sich konstatieren, dass der hohe Anteil von missglückten Rauchstoppversuchen und Rückfällen bei der Tabakentwöhnung nicht gleichbedeutend mit therapeutischem Scheitern oder Versagen des Rauchstoppwilligen ist. Der Weg aus der Tabakabhängigkeit in die Rauchfreiheit ist ein längerer Prozess, zu dem auch Ausrutscher, Rückfälle und erneute Rauchstoppversuche zählen. Auch ein missglückter Ansatz sollte als wertvolle Erfahrung auf dem Weg zur Rauchfreiheit angesehen werden (Batra et al. 2006).

5.1.2 Ausstiegsmethoden

In der Tabakentwöhnung unterscheiden sich zwei Ausstiegsmethoden: Die Schluss-Punkt- und die Reduktionsmethode. Bei der Reduktionsmethode ist der selbstkontrollierte ausschleichende Konsum, d.h. das schrittweise Reduzieren von täglich gerauchten Zigaretten, vorgesehen. Bei einem Rauchstopp nach der Schluss-Punkt-Methode wird ein bestimmter Tag definiert, ab welchem der Zigarettenkonsum vollständig eingestellt wird. Diese Methode ist in der Praxis gängig und mit weniger Nachteilen verbunden als die Reduktionsmethode, bei der die Bedeutung jeder einzelnen Zigarette für den Raucher steigt und die Gefahr einer sinkenden Abstinenzmotivation bestehen kann. Diese sinkende Motivation resultiert vorwiegend aus den Erlebnissen des Rauchers, der den reduzierten Zigarettenkonsum als weniger gesundheitsschädlich einstuft und merkt, dass mit jeder Zigarette, die weniger geraucht wird, die Abstinenz schwieriger durchzuhalten ist (Batra 2001c).

5.1.3 Bestandteile der Tabakentwöhnung

Tabakentwöhnungsangebote sollten spezifische Voraussetzungen erfüllen und basierend auf dem aktuellen Stand der Forschung vier Basismodule einer erfolgreichen Maßnahme zur Tabakentwöhnung enthalten: 1) Information, 2) Motivation, 3) Verhaltensänderung und 4) Reduktion der Entzugserscheinungen (Batra 2001a). Diese Basismodule von Tabakentwöhnungsangeboten finden sich auch in einer aktuellen Aufstellung von Kröger & Piontek (2011) wider, die die Komponenten von Angeboten und Maßnahmen zur Tabakentwöhnung auf die jeweiligen Phase des Ausstiegsprozesses (Vorbereitungs-, Beendigungs- und Stabilisierungsphase) zuordnet (siehe Tabelle 7). Die nachfolgenden Erläuterungen basieren auf diesen Bestandteilen erfolgreicher Tabakentwöhnung, zugeordnet nach den Phasen des Ausstiegsprozesses.

Tabelle 7: Bestandteile erfolgreicher Tabakentwöhnung zugeordnet nach den Phasen des Ausstiegsprozesses (Kröger & Piontek 2011)

Vorbereitungsphase
Wissensvermittlung
Selbstbeobachtung
Förderung der Motivation
Beendigungsphase
Selbstmanagement
Kontingenzmanagement
Aufbau von Problemlöse- und sozialen Fertigkeiten
soziale Unterstützung
aversive Ansätze
Suggestionen
Stabilisierungsphase
Rückfallprävention
Umgang mit Entzugserscheinungen und Rauchverlangen
Gewichtskontrolle
Maßnahmen zur Stressreduktion
Änderung des Lebensstils

In die Vorbereitungsphase fallen schwerpunktmäßig Aspekte der **Wissensvermittlung** über die schädlichen Auswirkungen des Rauchens und den Tabakkonsum allgemein wie auch Hintergrundinformationen zu den Inhalten und Vorgehensweisen der bevorstehenden Tabakentwöhnungsmaßnahme. Des Weiteren ist die **Selbstbeobachtung** zentral, in der das persönliche Rauchverhalten beobachtet, protokolliert und anhand von Tagebüchern und Strichlisten ausgewertet wird. Durch diese Methode werden dem Raucher die individuellen Bedingungen für den routinemäßigen Tabakkonsum deutlich, indem er sich seine Gefühle und körperlichen Reaktionen bewusst macht. Um die **Motivation zum Rauchstopp** zu fördern,

werden Techniken verwendet, die auf dem Ansatz der kognitiven Dissonanz nach Festinger (1957) (siehe Kapitel 3.2.2) und dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick 2002) beruhen. Zu diesen Techniken zählen „[1] Auflistung von Vor- und Nachteilen des Rauchens bzw. Nichtrauchens (Pro-Contra-Listen), [2] Imaginationsübungen zu den Vor- und Nachteilen des Rauchens und des rauchfreien Lebens, [3] Erhöhung der Ambivalenz (Erzeugen bzw. Förderung der kognitiven Dissonanz), [4] kognitive Umstrukturierung rauchbezogener Gedanken und Einstellungen (Reframing), [5] Informationsgabe über die Gründe und Folgen des Rauchens sowie die zu erwartenden positiven gesundheitlichen Veränderungen des Nichtrauchens, [6] Herstellung eines emotionalen Bezugs und einer persönlichen Betroffenheit in Bezug auf das Rauchverhalten, [7] Rückmeldung über das individuelle Rauchverhalten, [und eine] [8] Einschätzung des gegenwärtigen Stellenwertes einer Verhaltensänderung und das Vertrauen in eine Veränderung“ (Kröger & Piontek 2011, S. 22/23).

Die Vorbereitungsphase geht über in die Beendigungsphase, in welcher der Rauchstopp vollzogen wird. Mittels verschiedener Methoden wird der Raucher bei der Aufrechterhaltung des Nichtrauchens unterstützt und erlernt spezifische Handhabungen zur Überwindung von Risikosituationen. Um das neue Verhalten zu stärken, wird mithilfe von **Selbstmanagement** die Entkopplung vormaliger Reiz-Reaktions-Muster gefördert. Unter diesem Gesichtspunkt macht sich der Raucher bewusst, welche Reize oder Situationen ein Rauchverlangen bei ihm auslösen und wie er künftig damit umgehen kann. Von zentraler Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch, dass noch vorhandene Zigaretten und Rauchutensilien vernichtet werden, mögliche Risikosituationen erkannt und mindestens in der Anfangszeit vermieden werden. Mit individuell definierten Belohnungen für erfolgreiche Etappen (z.B. eine bestimmte Anzahl rauchfreier Tage) wird das rauchfreie Leben zusätzlich positiv verstärkt. Diese Methode basiert auf dem **Kontingenzmanagement** und erarbeitet mit dem aufhörwilligen Raucher ein systematisches Belohnungssystem, bestehend aus materiellen Anreizen, wie Geld, und immateriellen Belohnungen, wie Treffen mit dem Freundeskreis oder einem schönen Naturerlebnis. Zum kompetenten Umgang mit Risikosituationen erlernen Raucher **Problemlösungsstrategien und soziale Fertigkeiten**. Diesbezüglich muss sich der Raucher diejenigen Situationen, Reize und Gefühle bewusst machen, die die Gefahr für einen Rückfall erhöhen. Der Identifikation dieser kritischen Situationen, Reize und Gefühle folgt das Einüben von Bewältigungsstrategien zur Überwindung der Risikosituationen. Beispielhafte Bewältigungsstrategien sind die Aufmerksamkeitslenkung bei Rauchverlangen,

Stressreduktionsmethoden oder der kompetente Umgang mit negativen Gefühlen. Für den Weg zum dauerhaften Nichtraucher ist die **soziale Unterstützung** durch wichtige Bezugspersonen wie Partner, Freunde, Familienmitglieder, andere frische Nichtraucher und Ex-Raucher zentral. Ein weiterer Ansatz der Beendigungsphase kann die **Aversionstherapie** darstellen, mithilfe derer versucht wird, das Rauchen mit negativen Assoziationen zu verknüpfen und die als positiv erlebten Konsequenzen des Tabakkonsums zu ersetzen. Dies geschieht durch Verfahren, wie einen schnellen Zigarettenkonsum mit möglichst vielen Zügen in möglichst kurzer Zeit oder dem Halten des Rauchs für eine längere Zeit im Mund ohne diesen zu inhalieren. Aufgrund der Nachteile dieser Verfahren, wie leichter Intoxikationserscheinungen, werden sie selten in der Praxis verwendet. Mithilfe von **Suggestionsverfahren** besteht die Möglichkeit der Beeinflussung von Gedanken- und Gefühlswelten der Raucher, so dass Rauchen als negatives Verhalten erlebt wird. Die im Rahmen der Beendigungsphase erlernten Methoden spielen auch in der dritten Phase der Stabilisierung eine bedeutende Rolle, wo sie fortgesetzt und auf individuelle Gegebenheiten angepasst werden (Kröger & Piontek 2011).

Um das rauchfreie Leben langfristig festigen zu können, sind in der Stabilisierungsphase **rückfallpräventive Methoden** wesentlich, die auf dem Modell des Rückfallprozesses nach Marlatt & Gordon (1985) (siehe Kapitel 3.2.4) beruhen und vier Basiselemente enthalten: (1 Identifikation der Risikosituation, (2 Analyse, wann derartige Situationen in Zukunft eintreten können, (3 Erarbeitung von Bewältigungsstrategien und (4 Wiederholung dessen zur Automatisierung des eingeübten Verhaltens bei entsprechenden Risikosituationen. Parallel dazu ist ein **positiver Umgang mit Entzugserscheinungen und dem eigenen Rauchverlangen** wichtig, so dass die erlebten Symptome nicht als zu große Belastung empfunden und anhand von erlernten kognitiven Bewältigungsstrategien bewältigt werden können. Das Risiko für einen Rückfall wird so vermindert. In dieser Phase können auch medikamentöse Tabakentwöhnungsangebote, die in Kapitel 5.3.5 vorgestellt werden, zum Einsatz kommen. Da sich der Stoffwechsel eines Rauchers nach seinem Rauchstopp wieder umstellt und 200 Kalorien weniger verbraucht werden als beim Zigarettenkonsum und häufig die fehlende Zigarette durch zusätzliche Nahrung ersetzt wird, sollte der vielfach befürchteten Gewichtszunahme nach einem Rauchstopp mit **Maßnahmen zur Gewichtskontrolle**, wie Ernährungs- und Bewegungskonzepten, begegnet werden. Ebenso sind **Stressbewältigungsstrategien** zur Regulierung der Gefühle und Stimmungen essentiell. So helfen Entspannungstechniken und Sport dabei, dem Stress kompetent zu begegnen, so dass

er nicht als Auslöser für Rückfälle fungieren kann. Diese Strategien sind bereits erste Ansätze zur **Veränderung des Lebensstils** in Hinblick auf eine rauchfreie Zukunft. Anstelle des Rauchens treten neue Verhaltensweisen, die als Handlungsalternativen eingeübt werden.

5.2 Qualitätsansprüche an Tabakentwöhnungsangebote

Der Markt von Tabakentwöhnungshilfen und -angeboten ist groß. Die Anzahl an verfügbaren Behandlungsangeboten zum Rauchstopp ist dementsprechend hoch und häufig vom ausstiegswilligen Raucher kaum zu überblicken. Die Vielzahl an Angeboten reicht von Selbsthilfeangeboten, Kurzberatung, telefonischer Beratung, Kursangeboten, Medikamenten über alternative Verfahren, wie Hypnose oder Akupunktur (siehe Kapitel 5.3), bis hin zu Methoden wie der Rauchfrei-Spritze oder Lasertherapien. Während im Jahr 2000 im Ganzen 35 Selbsthilfeprogramme und 15 Behandlungsmaßnahmen benannt werden konnten (Kröger et al. 2000), hat sich die Anzahl an Selbsthilfeangeboten 10 Jahre später fast verfünffacht. Auch die Angebote an Behandlungsmaßnahmen im Einzel- sowie im Gruppensetting haben nach Kröger und Piontek (2011) sehr stark zugenommen, sodass eine Aufzählung aller individuellen Angebote nicht möglich ist.

In einigen Fällen entbehren die angebotenen Entwöhnungshilfen einer ausreichenden Wirksamkeit und wissenschaftlichen Fundierung. Teilweise sind große Qualitätsunterschiede vorhanden, so dass nicht alle Tabakentwöhnungsangebote zu empfehlen sind. Neben fundierten Angeboten, die von ausgewiesenen Fachpersonen zur Verfügung stehen, werden auch zahlreiche Hilfen von selbst ernannten Experten angepriesen. Der ausstiegswillige Raucher steht somit vor der Herausforderung, das für seine Bedürfnisse passende Unterstützungsangebot zu finden, um dauerhaft tabakabstinent zu bleiben (Kröger & Piontek 2011).

Um Raucherentwöhnungsangebote beurteilen und die Qualität kontrollieren zu können, ist die Definition von Qualitätskriterien von zentraler Bedeutung. Die nachfolgend aufgeführten Qualitätskriterien basieren auf der deutschen "Leitlinie Tabakentwöhnung", die im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2004) unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erarbeitet worden sind. In zahlreichen Publikationen (Batra et

al. 2006; Andreas et al. 2008) wird auf diese Qualitätsstandards verwiesen, die für eine fundierte Beurteilung einzelner Raucherentwöhnungsangebote essentiell sind.

5.2.1 Wissenschaftliche Fundierung

Raucherentwöhnungsangebote müssen wissenschaftlich fundiert sein und auf einem theoretischen Konzept fußen, aus welchem sich das therapeutische Vorgehen ableitet. Das Therapiekonzept muss für Experten, wie für den an der Maßnahme teilnehmenden Raucher, klar nachvollziehbar sein. Transparenz spielt unter diesem Gesichtspunkt eine zentrale Rolle (AWMF 2004).

5.2.2 Effektivität

Zum Beleg der Wirksamkeit einer Behandlungsmethode ist die langfristige Effektivität und Nachhaltigkeit wissenschaftlich zu überprüfen. Dabei ist zu beachten, dass möglichst anstelle der Punktprävalenz zum Zeitpunkt der Erhebung die kontinuierliche Abstinenz ermittelt wird. Vor dem Hintergrund transparenter Ergebnisdarstellungen sollte zumindest verschriftlicht sein, ob Punktprävalenzen oder kontinuierliche Abstinenzquoten betrachtet werden. Abstinenz definiert die AWMF in ihrer Leitlinie der Tabakentwöhnung als „der Konsum von weniger als einer Zigarette pro Woche (und nicht als eine mehr oder weniger erfolgreiche Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums)“ (S. 2). Aufgrund hoher Rückfallraten in den ersten sechs Monaten nach vollzogenem Rauchstopp sollten die Abstinenzraten frühestens nach sechs, idealerweise nach zwölf Monaten erhoben werden. Da Selbstauskünfte bei Befragungen in der Regel ausreichend valide sind, kann dieses Verfahren in entsprechenden Studien angewandt werden. Die Möglichkeit biochemischer Untersuchungen, wie die Kohlenmonoxidmessung der Atemluft oder die Bestimmung von Nikotin oder Cotinin im Urin, sollten in Betracht gezogen werden. Für die abschließende Berechnung der Wirksamkeit, die anhand der Abstinenzquote zu ermitteln ist, sind alle an der Studie teilnehmenden Raucher zu betrachten ("Intention to Treat"). Eine Selektion der abstinenten Personen unter allen Rauchern, die die Studie abgeschlossen haben, sollte nicht stattfinden (AWMF 2004).

5.2.3 Generalisierbarkeit

Aussagekräftige Studienergebnisse sollten generalisierbar sein. Wirksamkeitsbelege und Behandlungseffekte sollten nicht auf eine Teilnahme von besonders motivierten Rauchern zurückgeführt werden können. Die Anwendung spezifischer Selektionskriterien, wie die Aufnahme von Rauchern, die bereits vor einer Studie abstinent sind, ist zu unterlassen (AWMF 2004).

5.2.4 Wirtschaftlichkeit

Vor dem Hintergrund der – nach AWMF Meinung ungenügenden – Kostenerstattung durch die Krankenkassen sind die Kosten für Raucherentwöhnungsangebote monetär angemessen auszugestalten. Die „Leitlinie Tabakentwöhnung“ (AWMF 2004) weist darauf hin, dass stationäre Maßnahmen oder Angebote differenzierter und intensiver Einzelbetreuung, trotz möglicherweise höherer Effektivität, einen zu hohen finanziellen Aufwand für die Krankenkasse oder den selbstzahlenden Raucher darstellen würden. „Eine Raucherentwöhnung kann durch Gruppenangebote, standardisierte und manualisierte Vorgehensweisen oder therapiebegleitend ausgegebene schriftliche Informationen für den Raucher ökonomischer gestaltet werden.“ (S. 2).

5.2.5 Praktikabilität

Damit das Raucherentwöhnungsangebot in der Regelversorgung Verwendung finden kann, sollte die Therapiemethode einfach zu erlernen und in einem leicht umsetzbaren Behandlungsdesgin durchzuführen sein. Unter diesen Voraussetzungen kann eine problemlose Integration in den laufenden Betrieb einer ärztlichen oder therapeutischen Praxis gelingen (AWMF 2004).

Obwohl, wie bereits einleitend erwähnt, eine Vielzahl an Tabakentwöhnungshilfen und -angeboten zur Verfügung steht, basieren nur wenige Konzepte auf den vorliegenden Qualitätskriterien und erfüllen den hohen Anspruch an eine effektive, wissenschaftlich fundierte, generalisierbare, wirtschaftliche und praktikable Therapie (AWMF 2004).

Da qualitätsgesicherte Tabakentwöhnungsangebote von zentraler Bedeutung sind, soll in vorliegenden Ausführungen der Fokus auf entsprechende Maßnahmen gelegt werden. Die in den Kapiteln 5.3.2. bis 5.3.5. dargestellten Maßnahmen der Tabakentwöhnung entsprechen somit den vorliegenden Qualitätskriterien.

5.3 Maßnahmen der Tabakentwöhnung in Deutschland und ihre Wirksamkeit

Um einen Überblick über die Angebote und Maßnahmen zu erhalten, die wie zuvor erläutert in großer Vielfalt auf dem Markt der Tabakentwöhnung vorhanden sind, werden nachfolgend die grundlegendsten Bereiche betrachtet. Zudem steht die Frage nach der Wirksamkeit und Effektivität der Hilfsmaßnahmen zur Raucherentwöhnung im Fokus. Da der internationale

Stand der Forschung in ausführlichen Übersichtsarbeiten (Meta-Analysen) zusammengestellt wird, kann im Folgenden ein fundierter Überblick über die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Wirksamkeit von unterschiedlichen Tabakentwöhnungsmaßnahmen gegeben werden. Basierend auf den „Clinical Practice Guidelines“ des U.S. Department of Health and Human Services (Fiore et al., 2008), die als die beste Zusammenfassung des aktuellen Kenntnisstandes gelten, und der aktuellen deutschen Übersichtsarbeit von Kröger und Piontek (2011) zu Angeboten der Tabakentwöhnung in Deutschland werden Selbsthilfemaßnahmen, Kurzberatungen, telefonische Beratung, Tabakentwöhnungskurse, medikamentöse Angebote und alternative Verfahren zusammenfassend dargestellt. Im Anschluss folgt eine Empfehlung zum Einsatz von Maßnahmen der Tabakentwöhnung, die auf der deutschen „Leitlinie Tabakentwöhnung“ (siehe vorheriges Kapitel) wie auch auf den amerikanischen Leitlinien beruht.

5.3.1 Selbsthilfe

Zu den Maßnahmen der Selbsthilfe in der Tabakentwöhnung zählen Materialien, wie Broschüren, Bücher, Videos, CD's, Informationen im Internet wie auch computerbasierte Interventionsprogramme. Da das in vorliegender Forschungsarbeit betrachtete internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ zu diesen Maßnahmen zählt, wird auf die Bedeutung computergestützter Interventionsprogramme und das Internet als Medium in der Tabakentwöhnung im folgenden Kapitel 6 detaillierter eingegangen.

Zahlreiche Selbsthilfemaßnahmen können über Institutionen, wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Deutsche Krebshilfe oder die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, bezogen werden. In Hinblick auf ihre Effektivität lässt sich feststellen, dass Selbsthilfemaßnahmen eine geringe Wirksamkeit aufweisen. Kröger & Piontek (2011) zeigen auf, dass eine maximale Abstinenzquote von 12% nach sechs Monaten erzielt werden konnte und durchschnittlich mehr als 60 Raucher mit einer Selbsthilfemaßnahme erreicht werden müssen, damit eine Person langfristig den Rauchstopp schafft. Kufeld & Bühringer (2010) bestätigten dies ein Jahr zuvor, indem sie von „eher kleinen Effekten (Relatives Risiko (RR) =1,21; 95%-Konfidenzintervall KI 1,05 bis 1,39), die durch Anwendung von stadienbasierten Materialien etwas erhöht werden können“ berichten (S. 19). Kombiniert mit einem hohen Grad an Individualisierung zeigen sich deutlich bessere Ergebnisse (RR=1,4; 95%- KI 1,1 bis 1,8) (AWMF 2004; Batra et al 2006).

Von zentraler Bedeutung bei den Selbsthilfematerialien in der Tabakentwöhnung ist der hohe Erreichungs- und Verbreitungsgrad, der in der Bevölkerung erzielt werden kann. Zudem handelt es sich um sehr niedrighschwellige Angebote, die mehrheitlich kostenfrei und auf einfachem Weg erhältlich sind. Somit können die geringen Wirksamkeitseffekte durch die große Anzahl an rauchenden Personen, die Selbsthilfematerial in Anspruch nehmen, zum Teil relativiert werden. Absolut gesehen können mit Angeboten der Selbsthilfe quantitativ mehr Raucher Abstinenz erzielen als mithilfe anderer Tabakentwöhnungsmaßnahmen, die wirksamer sind, jedoch weniger Personen erreichen.

5.3.2 Kurzberatung

Die aufgeführten nationalen und internationalen Leitlinien stimmen darin überein, dass der nachdrückliche Ratschlag eines Arztes zum Rauchstopp eine effektive Minimalintervention darstellt, auch wenn keine Informationen zu den gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums vermittelt wurden. Als primäres Ziel ärztlicher Kurzberatungen steht im Fokus, die Motivation zur Abstinenz beim Raucher zu erhöhen.

Um die Motivation zum Rauchstopp zu erhöhen und durch gezielte Fragen dem Raucher die Vorteile eines Rauchstopps und die Nachteile des Konsums zu verdeutlichen, so dass die Veränderungsbereitschaft nach dem Modell von Prochaska und DiClemente steigt, gibt es mit den 5 R's fundierte Strukturhilfen (siehe Abbildung 28), die in der Kurzberatung eine wichtige Rolle spielen. Im ersten Schritt wird dem noch konsonanten Raucher die Relevanz einer Verhaltensänderung, d.h. eines Rauchstopps, aufgezeigt (relevance) und verdeutlicht, welche individuellen Risiken auf lang- und kurzfristige Sicht mit dem Tabakkonsum verbunden sind (risks).

Abbildung 28: Inhalte der 5 A's zur Kurzberatung und der 5 R's zur motivierenden Gesprächsführungstechnik (nach Kröger & Piontek 2011 und AWMF 2004)

5 A's zur Kurberatung	5 R's zur Motivierung
ask Abfragen des Rauchstatus	relevance Relevanz aufzeigen
advise Anraten des Rauchverzichts	risks Risiken benennen
assess Ansprechen der Aufhörtmotivation	rewards Reize und Vorteile verdeutlichen
assist Assistieren beim Rauchverzicht	roadblocks Schwierigkeiten ansprechen
arrange Arrangieren der Nachbetreuung	repetition Repetition (wiederholt ansprechen)

Zur Motivationssteigerung ist besonders die Erkenntnis der Vorteile des Rauchstopps und der positiven Folgen essentiell (rewards), an die die Diskussion möglicher Schwierigkeiten und Hindernisse – wie die Angst zu Scheitern oder an Gewicht zuzunehmen – (roadblocks) anknüpft. Als letzter Schritt der Intervention steht die Wiederholung der Empfehlung zum Rauchstopp (repetition).

Das Schema der 5 R's ist als integraler Bestandteil der ärztlichen Kurzberatung zu betrachten, welche wiederum auf der Beratungsstruktur der 5 A's aufgebaut werden kann: Eine Kurzintervention nach dem Beratungsprinzip der 5 A's beginnt mit der Feststellung der Rauchgewohnheiten (ask) und der Empfehlung für einen Rauchstopp (advise). Um die Bereitschaft des Patienten für einen Rauchstopp zu ermitteln und zu klären, ob bereits zu diesem Zeitpunkt ein Rauchstopptag vereinbart werden kann, ist das Ansprechen der Aufhormotivation essentiell (assess). Wenn der Patient dazu nicht bereit ist, können die Strukturhilfen der 5 R's zur Motivierung angewendet werden. Ist der Raucher gewillt, das Rauchen aufzugeben, sollte er durch die gemeinsame Definition eines Ausstiegstages, die Vorbereitung mithilfe eines Ausstiegsplanes und zusätzliche Hilfen wie beispielsweise Broschüren unterstützt werden (assist). Um die Chancen für einen nachhaltigen Rauchstopp zu erhöhen und die Risiken für einen Rückfall in alte Verhaltensmuster zu reduzieren, sind für die Nachbetreuung Folgetermine zu vereinbaren (arrange).

Kurzinterventionen auf Grundlage der 5 R's oder der 5 A's „schaffen eine niedrige Schwelle für einen Ausstiegsversuch und können den Anteil derjenigen erhöhen, die innerhalb der nächsten sechs Monate aufhören möchten“ (Kufeld & Bühringer 2010, S. 20). Mit etwa 40% startet eine Vielzahl an rauchenden Patienten als Folge der ärztlichen Minimalintervention einen Rauchstoppversuch. Langfristig erfolgreich ist dieser Versuch bei circa 8 von 100 rauchenden Personen, die für mindestens sechs Monate tabakabstinent sind (Kröger & Piontek 2011).

In Abhängigkeit von der Dauer der Kurzintervention lässt sich ein Erfolgsgradient feststellen. So erhöhen intensivere Arztkontakte von mehr als 10 Minuten den Behandlungserfolg (OR 2,3) (Fiore et al. 2008). Es lässt sich konstatieren, dass die Intensität des Kontaktes mit dem Arzt, Folgekontakte und zusätzlich eingesetzte medikamentöse Behandlungen den Behandlungserfolg steigern können (Kunstmann 2010).

US-amerikanische Behandlungsempfehlungen und deutsche Leitlinien stimmen darin überein, dass jeder Raucher von seinem Arzt auf sein Rauchverhalten angesprochen und ein Rauchstopp ausdrücklich angeraten werden soll.

Ärztliche Beratungsleistungen zur Rauchentwöhnung werden jedoch bislang nicht als vertragsärztliche Leistung anerkannt und können somit nicht abgerechnet werden. Eine Integration erfolgt aktuell ausschließlich in strukturierten Therapieprogrammen für koronare Herzkrankheiten, Atemwegserkrankungen, Asthma und Diabetes. Vor diesem Hintergrund besteht für die Ärzteschaft lediglich die Möglichkeit, Maßnahmen der Raucherberatung und Tabakentwöhnung als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten, deren Kosten der rauchende Patient zu tragen hat (Kunstmann 2010, Batra & Buchkremer 2008).

5.3.3 Telefonische Beratung

Beratungsangebote über das Telefon werden in Deutschland von der BZgA-Telefonhotline zur Rauchentwöhnung, dem Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums und der Helpline Bayern angeboten. Das BZgA-Angebot bietet mit seinen Öffnungszeiten von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 10.00 - 22.00 Uhr und von Freitag bis Sonntag zwischen 10.00 und 18.00 Uhr eine täglich bis in die Abendstunden erreichbare Beratungsleistung zur Vorbereitung und Unterstützung beim Rauchstopp an. Das Angebot reicht von professioneller Beratung beim Rauchstopp, Hilfen bei Rückfällen, Vermittlung ambulanter Gruppenkurse oder Beratungsstellen, Zusendung von kostenlosem Informationsmaterial über Informationen zu allen Fragen rund um das Rauchen und Nichtrauchen wie auch die Möglichkeit, bis zu fünf Rückrufe durch die Telefonberater während der Ausstiegsphase zu erhalten. Die erst genannten Leistungen werden der reaktiven Beratung zugeordnet, d.h. der Interessent nimmt eigenständig mit der Telefonberatung Kontakt auf. Die letztgenannte Option bezeichnet ein proaktives Beratungsangebot, da die Kontaktaufnahme von Seiten der Berater stattfindet und der Rauchstoppwillige Anrufe zu einem vereinbarten Zeitpunkt erhält. Mit telefonischen Beratungsangeboten zur Rauchentwöhnung wird ein niedrigschwelliges, ort- und zeitunabhängiges Angebot zur Verfügung gestellt, das hohe Reichweiten erzielen kann.

Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Wirksamkeitsforschung hat sich besonders die proaktive Telefonberatung als effektiv erwiesen. Insgesamt 13% der proaktiv beratenen Raucher sind mittelfristig abstinent geworden, wobei der Abstinenzserfolg durch steigende

Beratungsintensität erhöht werden kann (Kröger & Piontek 2011). Eine höhere Wirksamkeit der proaktiven Telefonberatung belegen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zur BZgA-Telefonberatung (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009, BZgA 2010b, Lindinger et al. 2012). Die Abstinenzwahrscheinlichkeit bewegt sich im Vergleich zu international dokumentierten Erfolgsquoten in einem zufriedenstellenden Bereich: 22,6% waren bei der telefonischen Nachbefragung ein Jahr nach dem Erstanruf bei der BZgA-Telefonberatung rauchfrei (30-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz). Damit weisen Anrufer, die das proaktive Beratungsangebot in Anspruch nehmen, bessere Abstinenzquoten als Anrufer auf, die keine proaktive Beratung erhalten haben. Die Erfolgsquoten der nicht-proaktiven Anrufer liegen nach 12 Monaten bei lediglich 16%. Im Vergleich zu Telefonberatungen anderer europäischer Länder ist aber auch dieser Wert als sehr gut einzustufen.

5.3.4 Tabakentwöhnungskurse

Eine weitere Maßnahme zur Tabakentwöhnung rauchender Personen sind verhaltenstherapeutische Behandlungen, die in Gruppenkursen oder als Einzelintervention angeboten werden. Einen Unterschied in der Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Einzel- oder Gruppenbehandlungen ist nicht zu erkennen.

In Deutschland werden mehrere kognitiv-verhaltenstherapeutische Entwöhnungsprogramme für Gruppen angeboten, dazu gehören zum Beispiel die Konzepte „Das Rauchfrei Programm“ der BZgA und „Nichtraucher in 6 Wochen“, welches vom Arbeitskreis Raucherentwöhnung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen entwickelt worden ist. Rauchen wird als erlerntes und über klassische und operante Konditionierungsprozesse gefestigtes Verhalten angesehen (siehe Kapitel 3.2.1). Mithilfe spezifischer Techniken und Vorgehensweisen der verhaltenstherapeutischen Behandlung wird versucht dem Konditionierungsprozess entgegenzuwirken und eine Verhaltensänderung zu erzielen. Ziel ist es, den Rauchstopptag adäquat vorzubereiten, durchzuführen und die Abstinenz zu stabilisieren. Von zentraler Bedeutung sind der kompetente Umgang mit Entzugserscheinungen, die Vorbereitung auf Risikosituationen, das Erlernen von Bewältigungsstrategien zur Rückfallprophylaxe, der Aufbau von alternativen Verhaltensweisen und das Einbeziehen sozialer Unterstützung.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme, die über mehrere Tage angelegt sind, gelten in der Regel als sehr effektiv und führen bei bis zu 19% der Rauchenden zu einer

erfolgreichen Tabakabstinenz für mindestens sechs Monate (Kröger & Piontek 2011). Deutschen Studien zufolge lassen sich teilweise Abstinenzraten ermitteln, die über den international berichteten Ergebnissen liegen. So überprüften Gradl et al. (2009) in ihrer Studie die Wirksamkeit eines nach den Empfehlungen der aktuellen internationalen Richtlinien zur Tabakentwöhnung konzipierten Tabakentwöhnungsprogramms. Die Untersuchungen ergeben eine Punktabstinenz von 40,2% nach sechs Monaten. Dieser Wert ist im Vergleich zur Kontrollgruppe (19,7%), die ihren Konsum reduziert hat, doppelt so hoch. Es lässt sich konstatieren, dass „verhaltenstherapeutische Behandlungen als die erfolgreichsten Therapien zur Raucherentwöhnung gelten können (Batra 2001a, S. 200).“

5.3.5 Medikation

Rückfälle von grundsätzlich ausstiegsmotivierten Rauchern sind häufig auf diverse Entzugserscheinungen, wie in Kapitel 2 beschrieben, zurückzuführen. Um diese Entzugserscheinungen nach einem Rauchstopp zu mildern bzw. zu unterdrücken und das Rauchverlangen zu reduzieren, gibt es in der Tabakentwöhnung medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. Dabei können zwei Medikationsarten unterschieden werden: Einerseits steht in Deutschland die Nikotinsubstitution mithilfe von Ersatzpräparaten zur Verfügung. Andererseits sind mit dem ursprünglich als Antidepressivum entwickelten Bupropion (Handelsname Zyban) und dem speziell für die Tabakentwöhnung hergestellten Vareniclin (Handelsname Champix) auch zwei weitere medikamentöse Therapiestrategien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit zugelassen (Batra et al. 2009; Batra 2001dd; Batra & Buchkremer 2008; Kröger & Lohmann 2007; Kröger & Piontek 2011; Kufeld & Bühringer 2010; Peukert & Batra 2008). Die aufgeführten nationalen und internationalen Leitlinien schlagen diesbezüglich eine an den Ergebnissen des Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit ausgerichtete Empfehlung zum Einsatz medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten in der Tabakentwöhnung vor (AWMF 2007, Fiore et al. 2008).

Nikotinersatzpräparate

Nikotinersatzpräparate sind rezeptfrei verfügbar und werden zeitlich begrenzt zur ausschleichenden Gabe von Nikotin für die Linderung der Entzugserscheinungen eingesetzt, ohne dass der Körper die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe aufnimmt. Nikotinhaltige Ersatzpräparate sind in Form von Nikotinkaugummis, Nikotinpflaster, Nikotinnasalspray, Nikotininhaler und Nikotinlutschtabletten in Deutschland zugelassen, wobei Nasalsprays oder Inhaler nicht im deutschen Handel vertreten sind (Batra et al. 2009; Batra 2001b; Batra &

Buchkremer 2008; Kröger & Lohmann 2007; Kröger & Piontek 2011; Kufeld & Bühringer 2010; Peukert & Batra 2008). Die Wirksamkeit von Nikotinersatzpräparaten ist vielfach untersucht worden und in allen Darreichungsformen metaanalytisch belegt (AWMF 2007; Fiore et al 2008). So führt die Nikotinersatztherapie gegenüber Placebobehandlungen zu erhöhten Erfolgsaussichten (RR= 1,58 / 95% KI 1,50 bis 1,66) (Bühringer 2010).

Medikamentöse Unterstützung durch Bupropion und Vareniclin

Als Alternativen zu Nikotinersatzpräparaten stehen in Deutschland seit dem Jahr 2000 Bupropion und seit 2007 Vareniclin zur Verfügung. Im Gegensatz zu den rezeptfreien Nikotinersatzpräparaten enthalten Bupropion und Vareniclin kein Nikotin und müssen ärztlich verordnet werden. Es wird angenommen, dass Bupropion die Entzugserscheinungen und das Rauchverlangen über eine gehemmte Wiederaufnahme von Dopamin und Nordrenalin unterdrückt. Vareniclin ist ein partieller Antagonist am $\alpha 4\beta 2$ -Nikotinrezeptor. Das bedeutet, dass Vareniclin zum einen wie Nikotin als partieller Agonist wirkt und dementsprechend das Rauchverlangen mildert. Zum anderen wirkt Vareniclin aber auch als Antagonist gegen das Nikotin, indem es an dessen Stelle rückt. Dies hat zur Folge, dass die angenehmen Effekte des Rauchens reduziert werden, wenn trotz der medikamentösen Behandlung Tabak konsumiert wird (Kröger & Lohmann 2007; Peukert & Batra 2008). Die Wirksamkeit beider Produkte ist im Vergleich zu Nikotinersatzpräparaten geringfügig höher (Batra et al. 2009).

Da sowohl bei Bupropion als auch bei Vareniclin verschiedene Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Gefahr von Krampfanfällen, depressive Verstimmungen, Gereiztheit, Suizidgefahr auftreten können, ist die Einnahme sorgfältig abzuwägen (Bühringer 2010). Batra et al. (2009) verweisen darauf, dass aufgrund dieser Nebenwirkungen die Verwendbarkeit im Vergleich zu Ersatzpräparaten deutlich eingeschränkt wird.

5.3.6 Alternative Verfahren

Neben den bereits aufgeführten Tabakentwöhnungsangeboten gibt es auf dem Markt zahlreiche alternative Verfahren, wie beispielsweise die Hypnose oder die Akupunktur. Durch gezielte Stimulierung von Reizpunkten auf der Haut wird mittels der Akupunktur versucht, Entzugserscheinungen zu mildern und den Abstinenzserfolg zu erhöhen. Im Rahmen von Hypnoseverfahren soll anhand suggestiver Techniken das Rauchverlangen reduziert und die Motivation zum Rauchstopp gestärkt werden. Allerdings entbehren alternative Verfahren

größtenteils wissenschaftlicher Evidenz. So weisen auch die Hypnose und die Akupunktur eine unzureichende Wirksamkeit auf, die nicht über eine Placebo-Behandlung hinausgeht. Diese Erkenntnisse gelten auch für ähnliche Verfahren, wie die Lasertherapie, die Akupressur oder die Elektrostimulation. Für andere Maßnahmen, wie z.B. homöopathische Mittel oder apparative Verfahren, liegen keine wissenschaftlichen Resultate vor (Batra 2009; Kufeld & Bühringer 2010).

Nach nationalen und internationalen Leitlinien gibt es derzeit keine Hinweise darauf, dass alternative Verfahren in der Tabakentwöhnung wirkungsvoll eingesetzt werden können (AWMF 2007; Fiore et al 2008). Nachteil bei diesen Verfahren ist zudem, dass der Raucher passiv bleibt und nicht lernt, sein eigenes Verhalten zu verändern. Vor dem Hintergrund der methodischen Schwächen vorliegender Untersuchungen können somit keine Empfehlungen zur Wirksamkeit entsprechender Angebote gegeben werden. Akupunktur und Hypnose, wie auch andere alternative Verfahren, sind nach aktueller Datenlage nicht als Methode effektiver Tabakentwöhnung anzuerkennen.

5.3.7 Zusammenfassende Empfehlung zum Einsatz von Maßnahmen der Tabakentwöhnung

Für die in Kapitel 5.3. vorgestellten Maßnahmen der Tabakentwöhnung können vor dem Hintergrund der nationalen und internationalen Leitlinien (AWMF 2007; Fiore et al 2008;) folgende Empfehlungen gegeben werden: Selbsthilfemaßnahmen, Telefonberatungen, Gruppeninterventionen und Individualbehandlungen werden ebenso empfohlen wie der Einsatz von den Nikotinersatzpräparaten, Bupropion und Vareniclin (siehe Tabelle 8)

Tabelle 8: Empfehlung zum Einsatz von Maßnahmen der Tabakentwöhnung basierend auf nationalen und internationalen Leitlinien (Kröger & Piontek 2011) (eigene Darstellung)

nicht-medikamentöse Interventionen	medikamentöse Interventionen
+ eigenständige Selbsthilfemaßnahmen	+ Nikotinersatzpräparate
+ Telefonberatung	+ Bupropion
+ Gruppenbehandlungen	+ Vareniclin
+ Individualbehandlungen wie ärztliche Kurzintervention und Einzelberatungen	

Bei den nicht-medikamentösen Interventionen, die zur effektiven Behandlung in der Tabakentwöhnung empfohlen werden, ist anzumerken, dass mindestens 8 Kontakte mit einer Dauer von jeweils 10 Minuten optimal sind. Auf der inhaltlichen Ebene ist der Methode der sozialen Unterstützung und dem Rückfallmanagement große Bedeutung zuzumessen. Mit Nikotinersatzpräparaten werden bei korrekter Anwendung wirksame Produkte für eine effektive Tabakentwöhnung empfohlen. In der Sparte der verschreibungspflichtigen Medikamente werden Bupropion und Vareniclin empfohlen, wobei Bupropion aufgrund seiner geringeren Nebenwirkungen vorrangig befürwortet wird (Kröger & Piontek 2011).

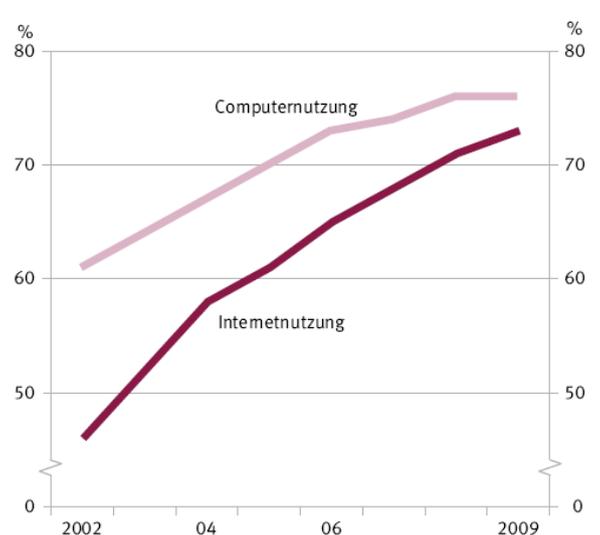
6 Internet als Medium in der Tabakentwöhnung

Aus dem vorhergehenden Kapitel wurde deutlich, dass es in der Tabakentwöhnung eine Vielzahl an Angeboten und Maßnahmen gibt, aus denen der ausstiegswillige Raucher wählen kann. Besonders das Internet, das im Verlauf der letzten Jahrzehnte für die gesamte Bevölkerung rasant an Bedeutung gewonnen hat, spielt als Informations- und Interventionsinstrument in der Tabakentwöhnung eine zentrale Rolle. Im folgenden Kapitel wird nach der grundsätzlichen Betrachtung der Internetnutzung und -verbreitung in der Bevölkerung (Kapitel 6.1) der Fokus auf vorhandene internetbasierte Programme zur Unterstützung beim Rauchstopp gelegt und dargestellt, wie wirksam sie sind (Kapitel 6.2).

6.1 Internetnutzung und -verbreitung in der deutschen Allgemeinbevölkerung

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Anzahl an Haushalten, die über einen Computer verfügen und das Internet nutzen, in seit 2002 rasant angestiegen. Während im ersten Quartal des Jahres 2002 etwas mehr als 60% aller privaten Haushalte Computer besaßen, belief sich diese Anzahl sieben Jahre später auf 78%. Im Bereich der Internetnutzung ist im selben Zeitraum ein noch steilerer Anstieg erfolgt. Während im ersten Quartal 2002 circa 30% aller privaten Haushalte über einen Internetzugang verfügen, waren dies im Jahr 2009 bereits 73%, d.h. 27 Millionen Haushalte (Statistisches Bundesamt 2010, Statistisches Bundesamt 2009a) (siehe Abbildung 29).

Abbildung 29: Computer- und Internetnutzung von Personen in Deutschland im Zeitvergleich (Statistisches Bundesamt 2010, S. 117)



Neben der Steigerung der Computernutzung in der deutschen Bevölkerung hat sich auch die Internetnutzung erhöht. So nutzen aktuell 70% aller Personen das Internet jeden Tag oder fast jeden Tag und 22% mindestens einmal pro Woche. Neben den geringen geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Internetnutzung (männlich: 78% / weiblich: 68%) lassen sich deutlichere Abweichungen in der altersmäßigen Verteilung erkennen: Während in der Altersgruppe der 10- bis 24-Jährigen 97% und in der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen 89% das Internet nutzten, reduzierte sich diese Anzahl auf 40% bei den über 54-jährigen Personen (Statistisches Bundesamt 2010).

6.2 Überblick internetbasierter Angebote in der Tabakentwöhnung

Aufgrund der hohen Verbreitung des Internets und der potentiellen Erreichbarkeit einer außerordentlich großen Anzahl an Menschen sind in den letzten Jahren verschiedenste internetbasierte Ausstiegsprogramme entwickelt worden. In einem Cochrane-Review wird die Bedeutung des Internets für die Tabakentwöhnung wie folgt zusammengefasst: "The Internet has become a regular part of daily life for the majority of people in many parts of the world. It now offers an additional means of effecting changes to behaviour such as smoking." (Civljak et al. 2010, S. 1).

Internetbasierte Programme haben für die Nutzer den Vorteil, dass sie anonym bleiben, eine zeit- und ortsunabhängige Intervention nutzen und auf niedrigschwellige Art und Weise passgenaue Informationen erhalten können (Haug & Schaub 2011). Die Stärken, die grundsätzlich mit dem Internet verbunden sind, wurden auch für den Bereich der Ausstiegsangebote genutzt, um neue Interventionswege zu schaffen. Besonders bedeutsam ist diese Entwicklung, da mit internetbasierten Ausstiegsprogrammen die Vorteile der Massenkommunikation und die Vorteile der personalen Kommunikation kombiniert werden können, d.h. eine hohe Reichweite und ein hoher Grad an Individualisierung erzielt werden können (Haug et al. 2008). In ihrer Forschungsarbeit bestätigen Bock et al. (2004), dass in der Interaktivität und der Möglichkeit personenspezifischer Informationsübermittlung eine zentrale Stärke webbasierter Angebote liegt. Diese Stärke wirkt sich wiederum auf den Programmerfolg aus. So konnte gezeigt werden, dass sich ein hoher Grad an Individualisierung in internetbasierten Ausstiegsprogrammen positiv auf die Effektivität auswirkt und den Ausstiegserfolg erhöht (Strecher 2008). „Individualisierte Information, wie z.B. von Expertensystemen generiert, [führt] zu einer stärkeren Änderung des

Gesundheitsverhaltens [...] als nicht-individualisierte, da irrelevante Information weggelassen wird und die Information eine höhere persönliche Relevanz aufweist.“ (Haug & Schaub 2011, S. 182).

Die internetbasierten Angebote und Maßnahmen zur Unterstützung beim Rauchstopp reichen von einer generellen Informationsvermittlung über die bereits erläuterten maßgeschneiderten, individualisierten Interventionen („tailored intervention“). Bereits im Jahr 2004 wurden 46 amerikanische Raucherentwöhnungsprogramme im Internet identifiziert, die jedoch von der Möglichkeit der „tailored intervention“ zu wenig Gebrauch machten (Bock et al. 2004). Im Verlauf der vergangenen Jahre ist die Bedeutung individualisierter Vorgehensweisen deutlich angestiegen und der Anteil an Programmen, die diese Möglichkeit nutzen, gewachsen. Beispiel für ein derartiges Programm ist das vollautomatisierte, modular aufgebaute „1-2-3 Smokefree“, das in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und ethnischer Herkunft individualisierte Tipps zum Rauchausstiegs gibt und teilnehmerbezogen motiviert (Swartz et al. 2006). Die Teilnehmer können einen persönlichen Ausstiegskalender anlegen, in dem alle Informationen und persönlichen Einstellungen gespeichert werden und auf freiwilliger Basis einen Rauchstopptag definieren. Zur Visualisierung und Erklärung der Module werden verschiedene Videos und animierte Grafiken eingesetzt. In einer Befragung nach 90 Tagen konnte eine Abstinenzquote von 24,1% (n=21) unter den Programmteilnehmern nachgewiesen werden. Werden auch alle Programmteilnehmer, die sich nicht an der Nachbefragung beteiligt haben, als „nicht rauchfrei“ gewertet (Intention-to-treat Analyse), so entspricht dies einem ITT-Wert von 12,3%.

Gute Erfolgsquoten wurden auch von Seidman et al. (2010) berichtet, die in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie die Effektivität eines Ausstiegsprogramms („SmokeClinic“) im Internet untersucht haben (30-Tage-Punktprävalenz 12,9%). Das Ausstiegsprogramm basiert auf interaktiven Programmschritten und generiert anhand der Angaben der Programmteilnehmer individuelle Rückmeldungen und Copingstrategien. Die Wirksamkeit wurde allerdings 13 Monate nach Programmbeendigung untersucht, was einen deutlichen Zeitunterschied im Vergleich zur Studie von Swartz et al. (2006) bedeutet.

Zu einem häufig genutzten internetbasierten Ausstiegsprogramm zählt das amerikanische „QuitNet“ (unter www.quitnet.com) mit dem Slogan „Quit Smoking all together“, das vielfältige Informationen und Beratungsoptionen anbietet. Diese sind zum Teil allerdings

kostenpflichtig. „QuitNet“ arbeitet wie das Rauchfrei-Ausstiegsprogramm der BZgA mit Erinnerungsfunktionen, motivierenden Feedbacks und individualisierten Informationen. Zudem können sich die User über einen Chat und themenspezifische Foren (wie „The Quitstop“, „Quitting Milestones“, „This’n That“ etc.) austauschen. Erste Untersuchungen ehemaliger Programmteilnehmer ergaben drei Monate nach Programmteilnahme eine 7-Tages-Abstinenzrate von 7% (ITT). Werden nur die Programmteilnehmer berücksichtigt, die sich an der Befragung beteiligt haben, so ergibt sich eine Abstinenzquote in Höhe von 30% (Cobb et al. 2005). Nach zwei Jahren wurde erneut eine Analyse durchgeführt, die nach 12 Monaten eine Abstinenzquote von 12,8% (ITT) bei einer deutlich höheren Rücklaufquote in Höhe von 31,7% (anstelle 25,6% wie in der ersten Untersuchung) ermittelte (Graham et al. 2007).

Um die Wirksamkeit von verschiedenen Programmvarianten zur Unterstützung bei der Rauchentwöhnung zu untersuchen, hat Etter (2005) die ausstiegswilligen Besucher des Schweizer Portals „Stop-Tabac.ch“ zwei verschiedenen Varianten zugeordnet. Beide Programmvarianten beinhalteten individualisierte Empfehlungen. Während das Originalprogramm allerdings stärker auf maßgeschneiderte Informationen und Rückmeldungen zur Erhöhung der Motivation zurückgriff, empfahl das modifizierte Programm besonders die Verwendung von Nikotinersatzmitteln. In der Nachbefragung drei Monate nach Programmregistrierung kommt der Autor zu dem Ergebnis, dass das Originalprogramm wirksamer ist als das modifizierte Programm (7-Tages-Abstinenzquote: 10,9% ITT vs. 8,9% ITT). Der motivationale Ansatz ist nach Aussagen dieser Studie dem Ansatz, der Nikotinersatzpräparate in den Vordergrund stellt, überlegen.

Die Wirkung von individualisierten Informationsmaterialien eines verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Internetangebotes für ausstiegswillige Raucher („CQ-Plan“), die auch Nikotinersatzpräparate verwenden, war Gegenstand der Analysen von Strecher et al. (2005). Die Forscher stellten fest, dass die 7-Tages-Abstinenz drei Monate nach Programmabschluss bei Personen mit maßgeschneiderten Rückmeldungen wesentlich höher ist als bei Personen ohne „tailored feedback“ (22,8% vs. 18,1%). Maßgeschneiderte Interventionen erfolgten über einen Ausstiegsguide, drei verschiedene Newsletter und die Unterstützung per Email über einen Zeitraum von 10 Wochen. Dass der Erfolg internetbasierter Ausstiegsprogramme durch eine begleitende Zusendung von Emails („individually timed educational messages“) deutlich gesteigert werden kann, bekräftigen bereits Lenert et al. (2004). Lenert und Kollegen (2004)

fanden in einer Studie heraus, dass sich die Abstinenzquoten derjenigen Personen einer internetbasierten Intervention ohne Emailunterstützung signifikant von Teilnehmern eines Programms mit Emailunterstützung unterschieden (30-Tage-Punktprävalenz 7,5% ITT vs. 13,6% ITT). Diesen Personen wurden kurz vor ihrem Rauchstopptag und unmittelbar danach Emails zugesandt, die inhaltlich und zeitlich auf den jeweiligen Ausstiegstag abgestimmt waren, die Teilnehmer motivierten sowie Tipps und Strategien zur Vermeidung eines Rückfalls in alte Rauchgewohnheiten beinhalteten.

Somit wird deutlich, dass eine Reihe von Studien vorliegen, die eine gute Wirksamkeit internetbasierter Raucherentwöhnungsangebote belegen. „[...] Some Internet-based interventions can assist smoking cessation, especially if the information is appropriately tailored to the users and frequent automated contacts with the users are ensured [...]“ (Civljak et al. 2010, S. 1). Allerdings unterscheiden sich die untersuchten Ausstiegsprogramme hinsichtlich ihrer Effektivität. Während mit einem Programm fast $\frac{1}{4}$ der Teilnehmer einen Rauchstopp langfristig umsetzen konnten (Strecher et al. 2005, ITT 22,8%), beläuft sich die durchschnittliche Erfolgsquote (ITT) der meisten anderen Programme auf etwa 11 bis 14% (13,6% Lenert et al. 2004, 12,9% Seidman et al. 2010, 12,8% Graham et al. 2007, 12,3% Swartz et al. 2006, 10,9% Etter 2005). Zum Teil wurden auch ITT-Werte darunter festgestellt (7% Cobb et al. 2005). Alles in allem wird folgendes ersichtlich: „[...] There is sufficient clinical evidence to support the use of Web- and computer-based smoking cessation programs for adult smokers.“ (Myung 2009, S. 929). Dies bestätigen auch Leykin et al. (2012) in ihrer Forschungsarbeit. Haug & Schaub (2011) fanden zudem heraus, dass Internetanwendungen in der Tendenz dann erfolgreicher sind, wenn sie sich an ausstiegsmotivierte Raucher wenden und nicht an alle Raucher.

7 Evaluation des internetbasierten Ausstiegsprogramms „rauchfrei“

7.1 „Rauchfrei“ – das internetbasierte Ausstiegsprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Das Internet bietet für die Tabakprävention neue Zugangswege und niedrigschwellige, zeitlich unbegrenzte Interventionsmöglichkeiten, die über hohe Reichweiten verfügen und individuelle Inhalte für die Bedürfnisse der Nutzer zur Verfügung stellen können (siehe Kapitel 6). Vor diesem Hintergrund hat auch die BZgA im Rahmen ihrer „rauchfrei“-Kampagne einen zentralen Schwerpunkt auf die Kommunikation über das Medium Internet gelegt und mit der Internetpräsenz www.rauchfrei-info.de ein breites Informationsangebot für Raucher sowie alle am Thema Interessierten geschaffen. Die nachfolgenden Kapitel beschreiben das Ausstiegsprogramm „rauchfrei“, wie es sich inhaltlich, optisch und strukturell zum betrachteten Zeitraum dieser Evaluationsstudie präsentiert hat.

7.1.1 Theoretische Grundlagen

Konzeptionelle Grundlage für das internetbasierte rauchfrei-Ausstiegsprogramm ist insbesondere das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Prochaska & DiClemente 1983), das Lerntheoretische Modell der Selbstregulation (Kanfer 1986) und das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick 1999). Diese Modelle betonen, dass die Erkenntnis eigener Rauchgewohnheiten, das Erlernen von Verhaltensalternativen, der kompetente Umgang mit Verlangenssituationen, der Umgang mit Risikosituationen und die Belohnung für Zwischentappen, wie eine gewisse Anzahl rauchfreier Tage, wesentlich sind. Diese Befunde sind in die Gestaltung des Programms eingegangen.

Mit dem internetbasierten rauchfrei-Ausstiegsprogramm werden Personen erreicht, die sich nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (Prochaska & DiClemente 1983) (siehe Kapitel 3.1) in der Phase der Vorbereitung auf den Rauchstopp oder in der Handlungsphase befinden. Die Interventionsstrategie der Motivation ist genau auf die Veränderungsbereitschaft dieser ausstiegswilligen Raucher ausgerichtet. Absichtslose oder dissonante Raucher wollen ihr Rauchverhalten nicht ändern und werden aufgrund ihres mangelnden Interesses nicht mit dem Angebot der internetbasierten Ausstiegsbegleitung

erreicht. Ehemalige Raucher, die sich bereits in der Phase der Aufrechterhaltung oder der Nichtraucherphase befinden, werden unter der Rubrik „Nach dem Ausstieg“ auf den regulären Informationsseiten der Internetpräsenz www.rauchfrei-info.de unterstützt und können des Weiteren auf die personalkommunikativen Angebote des Chats, des Forums und der Emailanfrage an die BZgA zurückgreifen. Als primäre Zielgruppe für das internetbasierte Ausstiegsprogramm fungieren diese Personengruppen nicht.

Unter methodischen Gesichtspunkten wurden die Texte des Ausstiegsprogramms nach den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick 1999) und dem Lerntheoretischen Modell der Selbstregulation (Kanfer 1986) erstellt. Danach sind Individuen in der Lage ihre Verhaltensweisen selbstständig und ohne längerfristige Hilfestellungen durch professionelle Unterstützer zu modifizieren. Der Veränderungsprozess kann durch verschiedene Interventionen befördert werden, bei denen eine empathische Grundhaltung sowie die Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit der Teilnehmer von zentraler Bedeutung sind. Ebenfalls Grundlage dieses Beratungskonzepts sind konkrete Tipps und Empfehlungen, wie das Verhalten idealerweise verändert werden kann.

Dem Ausstiegsprogramm liegt ein verhaltenstherapeutisch-kognitiver Ansatz zugrunde (siehe Kapitel 3.2.2), bei dem sich der Teilnehmer die eigenen Kognitionen – d.h. Einstellungen, Gedanken, Werte und Überzeugungen – bewusst macht, überprüft, korrigiert und die korrigierten Einstellungen in konkrete Verhaltensweisen überführt. In Bezug auf das Rauchverhalten der Teilnehmer des Ausstiegsprogramms bedeutet dies, dass der Einfluss von Erwartungen an den Tabakkonsum betrachtet wird und die Teilnehmer ihre Kognitionen in Hinblick auf ein Leben als Nichtraucher anpassen. Während vormals die negativen Attribute des Tabakkonsums häufig ausgeblendet und verstärkt die positive Erwartung an die Wirkung des Tabaks betrachtet worden sind, findet durch den verhaltenstherapeutisch-kognitiven Ansatz ein Prozess des Umdenkens statt. Die Situation der kognitiven Dissonanz (Festinger 1957) (siehe Kapitel 3.2.2) wird gelöst und die innere Anspannung abgebaut, da die Raucher veranlasst werden, die negativen Aspekte des Tabakkonsums stärker zu betrachten, die Gefahren nicht mehr zu bagatellisieren und das Beibehalten des Rauchens somit nicht mehr zu rechtfertigen.

Als Ausstiegsmethode wird im internetbasierten rauchfrei-Ausstiegsprogramm der BZgA die wissenschaftlich anerkannte und in der Praxis weit verbreitete Schluss-Punkt-Methode (siehe

Kapitel 5.1.2) angewendet, so dass nach dem vom Teilnehmer selbst festgelegten „Tag X“ der Zigarettenkonsum gänzlich eingestellt wird.

7.1.2 Programmstruktur

Im Zentrum der Plattform www.rauchfrei-info.de steht das vollautomatisierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“, das für alle Personen kostenlos zur Verfügung steht.

Abbildung 30: Internetseite zur Anmeldung zum internetbasierten „rauchfrei“-Ausstiegsprogramm der BZgA

The screenshot shows a web browser window displaying the registration page for the 'rauchfrei' program. The page has a green header with navigation links and a logo for 'rauchfrei! BZgA'. The main content area is titled 'Registrierung' and contains the following text and form fields:

Sie haben sich dazu entschieden, mit Hilfe des Rauchfrei-Ausstiegsprogramms der BZgA ein Leben als NichtraucherIn zu beginnen. Damit wir Ihnen Tipps und Informationen vermitteln können, die auf Sie zugeschnitten sind, ist vor der eigentlichen Anmeldung die Durchführung des Tests Tabakabhängigkeit notwendig. Test und Anmeldung dauern ca. fünf bis zehn Minuten.

[zum Test Tabakabhängigkeit](#)

Anrede: * Bitte auswählen

Vorname: *

Nachname: *

E-Mail: *

E-Mail bestätigen: *

Geburtsdatum: *

Benutzername: *

Passwort: *

Passwort bestätigen: *

Rauchbeginn: *

Ergebnis "Test Tabakabhängigkeit": * Bitte auswählen

Ich habe mit dem Rauchen ... Bitte auswählen

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Begleitung durch das Ausstiegsprogramm über den gesamten Verlauf (21 Tage plus 2 bis 10 Tage Vorbereitung) und eine möglichst intensive Auseinandersetzung mit den dort enthaltenen Tipps und Informationen die größten Erfolgchancen verspricht. Deshalb empfiehlt die BZgA die Nutzung des Programms über den gesamten Zeitraum von 21 Tagen.

Sollte ich mich doch für eine Verkürzung der Programmlaufzeit nach 14 Tagen entscheiden, habe ich die Möglichkeit, über einen Link die Tipps und Informationen der „restlichen sieben Tage“ zu erhalten. Bei dringenden oder persönlichen Fragen kann ich mich an die BZgA Telefonberatung zur Raucherentwöhnung wenden: 01805 / 31 31 31 (14 Cent/Min.) **
Mo – Do: 10 – 22 Uhr, Fr – So: 10 – 18 Uhr.

Die Möglichkeit eines Quereintritts richtet sich an Personen, die vor kurzem aufgehört haben zu rauchen. Falls dies nicht auf mich zutrifft, sollte ich das Programm regulär durchlaufen und damit die Möglichkeiten der Vorbereitungszeit nutzen.

Ich habe die Erklärung zum Datenschutz im Rauchfrei-Ausstiegsprogramm gelesen. *

* Diese Angaben sind notwendig.
** Kostentpflichtig. Es gilt der Preis entsprechend der Preistabelle Ihres Telefonanbieters - 0,14 €/Min. aus dem deutschen Festnetz. Abweichender Mobilfunktarif möglich.

Haben sich Personen zu einem Rauchstopp entschlossen und sind entsprechend motiviert das internetbasierte Ausstiegsprogramm der BZgA zur Hilfe zu nehmen, ist eine Anmeldung jederzeit möglich. Für die Programm Anmeldung sind Angaben zum Alter, zur Konsumdauer und zur Abhängigkeitsstärke erforderlich (siehe Abbildung 30), da vor dem Hintergrund dieser Daten auf der Basis vorab definierter Regeln maßgeschneiderte Interventionen generiert werden und somit eine individualisierte Programmrückmeldung an den Nutzer nach dem Prinzip der „tailored intervention“ gewährleistet ist. Um Aussagen über die persönliche

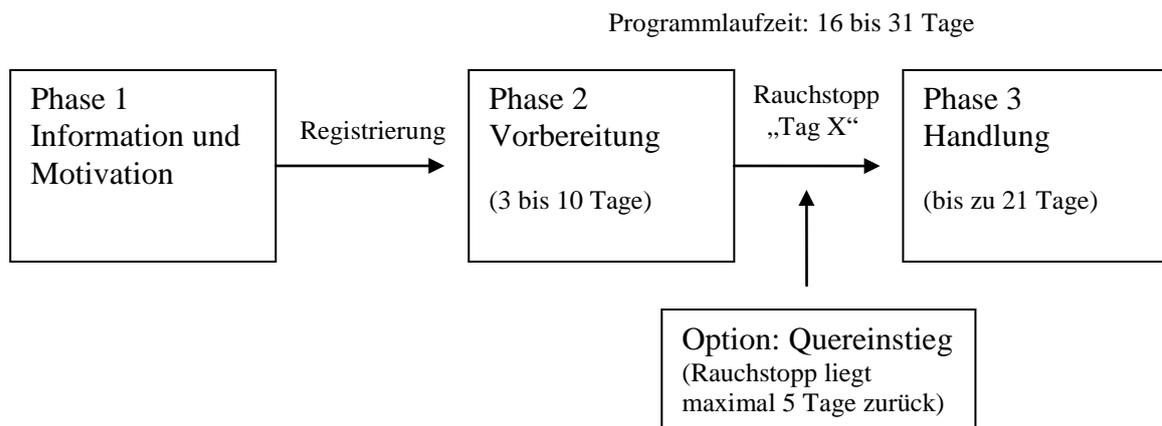
Abhängigkeitsstärke machen zu können, ist für jeden Programmteilnehmer zuvor die Durchführung des Fagerström-Tests for Nicotine Dependence (Heatherton et al. 1991) (siehe Kapitel 2.2) notwendig.

Mit ihrer Anmeldung erhalten die Nutzerinnen und Nutzer einen persönlichen Zugang zu dem Ausstiegsprogramm und können ab diesem Zeitpunkt über das Einloggen in ihr eigenes Benutzerkonto jederzeit auf wissenschaftlich fundierte Tipps und Informationen zum Beispiel zu den Themen Ernährung, Entspannung, Bewegung, Motivation und Belohnungen zugreifen. Im persönlichen Benutzerkonto lässt sich auch der eigene Erfolg in Form eines anschaulichen Diagramms der (nicht mehr) gerauchten Zigaretten beobachten („Erfolgsdiagramm“) und ein Eurozähler errechnet, wie viel Geld durch den Rauchstopp bereits gespart wurde. Direkt nach der Anmeldung wird der Teilnehmer dazu aufgerufen, einen Rauchstopptag festzulegen („Tag X“), an dem definitiv mit dem Tabakkonsum aufgehört wird. Als frühester Ausstiegstag kann „Tag X“ drei Tage und als spätester zehn Tage nach der Anmeldung für das Programm festgelegt werden. Diese Zeitspanne wurde ausgewählt, da nach wissenschaftlichen Erkenntnissen die Vorbereitung auf das bevorstehende Vorhaben, d.h. den Rauchstopp, von zentraler Bedeutung für eine langfristige Abstinenz ist (Kröger & Piontek 2011) (siehe Kapitel 5.1.3).

Für die Vorbereitung des Rauchausstiegs bietet das Programm ein Zeitintervall zwischen drei und zehn Tagen an, in dem durch Übungen und vorbereitende Maßnahmen die Grundlage für einen möglichst dauerhaften Rauchstopp geschaffen wird. Die exakte Länge der Vorbereitungsphase definiert der Teilnehmer selbst. Zusätzlich erhalten die Teilnehmer im Verlauf ihrer Vorbereitungsphase tägliche Begleit-E-mails mit speziellen Tipps und Empfehlungen. Seit August 2008 richtet sich das Programm auch an Personen, deren Ausstieg zum Zeitpunkt der Anmeldung bis zu fünf Tage zurückliegt. Ihnen wird ein Quereinstieg in das Programm angeboten.

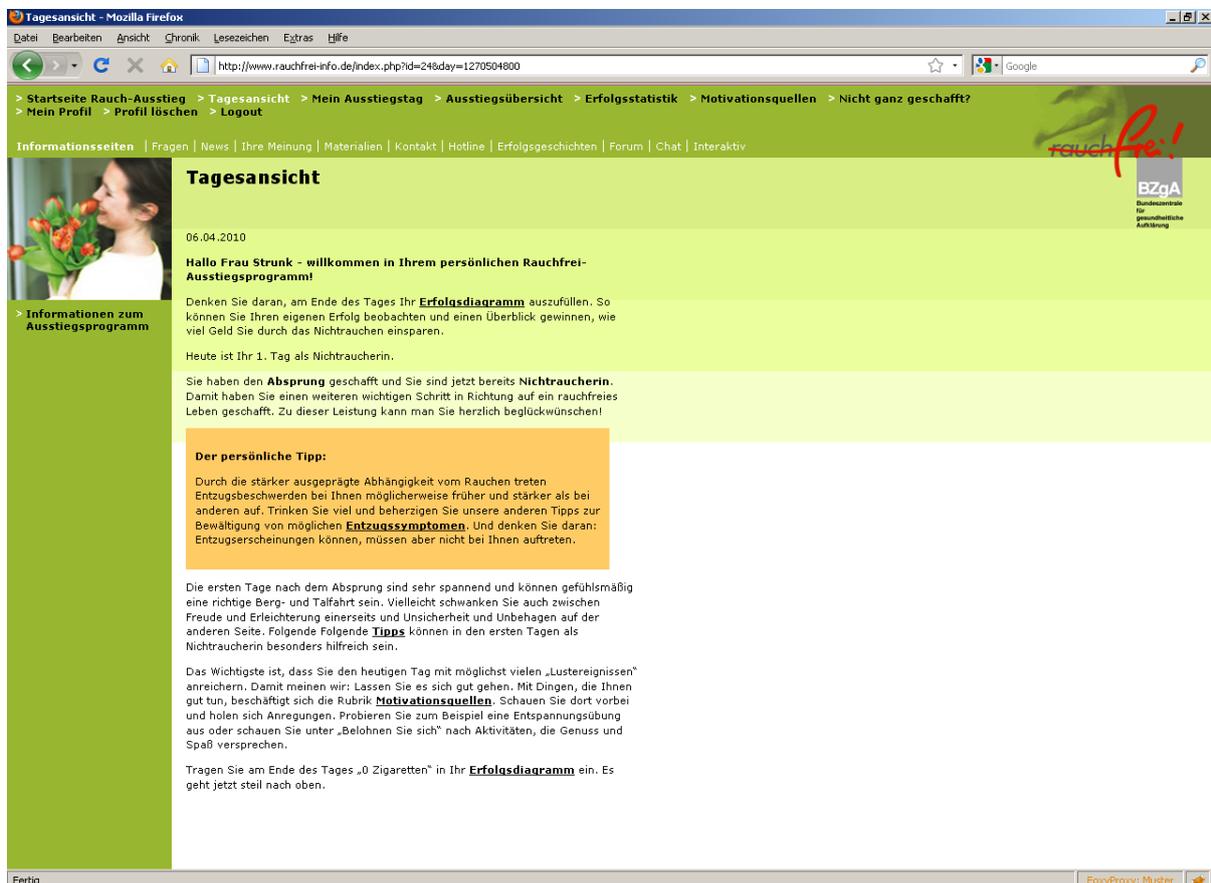
Nach der Vorbereitungsphase folgt der Rauchstopptag, ab welchem die Teilnehmer in die Handlungsphase übergehen und für weitere 21 Tage begleitet werden (siehe Abbildung 31).

Abbildung 31: Programmstruktur des internetbasierten rauchfrei-Ausstiegsprogramms



In der Tagesansicht des eigenen Benutzerkontos (siehe Abbildung 32) werden die Teilnehmer täglich mit ihrem Namen begrüßt. Sie erhalten zielgerichtet Informationen, die ihre aktuelle Ausstiegssituation betreffen, und werden kontinuierlich auf ihrem Weg zum Nichtraucher motiviert.

Abbildung 32: Tagesansicht des internetbasierten Ausstiegsprogramms in der Handlungsphase



Parallel zur regulären Programmnutzung erhalten die User täglich eine E-Mail mit den zentralen Schwerpunktthemen des Tages zum Rauchstopp. Über in die Emails eingebettete Links gelangen die Teilnehmer direkt in ihr persönliches Ausstiegsprogramm, wo sie weiterführende Informationen zu den in der Email aufgeführten Themen finden. Die Versendung der E-Mails erfolgt ebenfalls nach dem Prinzip der „tailored intervention“ und ist jeweils abgestimmt auf die aktuelle Phase der Entwöhnung.

Um die Wirksamkeit des Programms zu erfassen, sind 6 und 12 Monate nach Programm Anmeldung Follow-Up-Befragungen (t1- und t2-Befragung) integriert worden. Der Zeitpunkt für eine Nachbefragung wurde auf die genannten Intervalle festgelegt, da dies eine gängige Praxis darstellt und dem Vorgehen anderer Studien entspricht. Weitere Details zu den Follow-Up-Befragungen werden in den Kapiteln 7.3.2 und 7.3.3 beschrieben.

7.2 Forschungsfragen und Zielsetzung

Die vorliegende Dissertation beruht auf der Evaluation des internetbasierten Ausstiegsprogramms „rauchfrei“. Im Zentrum der Evaluationsstudie stehen folgende Forschungsfragen:

- A. Wie hoch ist die Inanspruchnahme des internetbasierten Ausstiegsprogramms „rauchfrei“? Wie setzt sich die Nutzerschaft zusammen?**
- B. Wie wirksam ist das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“?**
- C. Wie bewerten Programmteilnehmer das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“? Wie kann das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ weiterentwickelt werden (Verbesserungspotentiale)?**

A. Inanspruchnahme und Zusammensetzung der Nutzerschaft des internetbasierten Ausstiegsprogramms

Die Analyse der Inanspruchnahme und Zusammensetzung der Nutzerschaft des internetbasierten Ausstiegsprogramms gliedert sich in folgende Unterfragen, die im Rahmen der Evaluationsstudie beantwortet werden sollen:

- A.1. Wie hoch ist die Inanspruchnahme des internetbasierten Ausstiegsprogramms „rauchfrei“, d.h. wie viele Personen haben sich im Jahr 2009 für das Ausstiegsprogramm angemeldet?

A.2. Wie setzt sich die Nutzerschaft des internetbasierten Ausstiegsprogramms „rauchfrei“ zusammen, d.h. welche Merkmale zeichnen die angemeldeten Personen aus?

- Wie ist die Altersverteilung der Programmteilnehmer? Werden bestimmte Altersgruppen häufiger erreicht als andere?
- Wie hoch ist der Anteil männlicher und weiblicher Programmteilnehmer? Beteiligen sich Männer und Frauen gleichermaßen am internetbasierten Ausstiegsprogramm oder sind geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar?
- Gibt es Unterschiede in der Zusammensetzung der Programmteilnehmer in Abhängigkeit der Konsumjahre oder der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten?
- Beeinflusst die Stärke der Tabakabhängigkeit die Inanspruchnahme des Ausstiegsprogramms?
- In welchem Alter haben die Programmteilnehmer ihren Tabakkonsum begonnen?
- Welche Programmausstiegsvariante wird mehrheitlich ausgewählt?

A.3. Welche Gründe motivieren die Programmteilnehmer zum Rauchstopp? Welchen persönlichen Nutzen sehen die Programmteilnehmer im Nichtrauchen?

A.4. Unterscheidet sich die Gruppe der Befragungsteilnehmer (Responder) von der Gruppe der rauchfrei-Programmtteilnehmer, die nicht an den Nachbefragungen teilgenommen haben (Non-Responder)?

Zur Beschreibung der Nutzerschaft werden die bei der Registrierung ermittelten Stammdaten „Geschlecht“, „Alter“, „Abhängigkeitswert“ basierend auf Fagerström, „durchschnittlicher Zigarettenkonsum“ und „Anteil starker Raucher“ aller registrierten Personen abgebildet.

B. Wirksamkeit des internetbasierten Ausstiegsprogramms

Im Zentrum der Analysen steht die Evaluation der Wirksamkeit der internetbasierten Intervention, d.h. die Beantwortung der Frage, wie erfolgreich das Ausstiegsprogramm ist. Diesbezüglich stellen sich folgende Forschungsfragen:

B.1. Wie wirksam ist das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“, d.h. wie viele Personen sind nach Programmbeendigung Nichtraucher?

- Wie viele Programmteilnehmer sind direkt nach Beendigung des internetbasierten Ausstiegsprogramms rauchfrei?

- Wie viele Programmteilnehmer sind sechs Monate nach Anmeldung für das internetbasierte Ausstiegsprogramm rauchfrei?
- Wie viele Programmteilnehmer sind zwölf Monate nach Anmeldung für das internetbasierte Ausstiegsprogramm rauchfrei?

B.2. Stimmt die Selbsteinschätzung des eigenen Rauchstatus oder bezeichnen sich Programmteilnehmer als „Nichtraucher“, obwohl sie Tabak konsumiert haben?

B.3. Wie viele Personen haben eine Zeit lang nicht geraucht und somit einen Teilerfolg erzielt?

B.4. Gibt es Gruppenunterschiede zwischen Programmteilnehmern mit Status „Nichtraucher“ und Programmteilnehmern mit Status „Raucher“?

- Wie setzt sich die Personengruppe der Programmteilnehmer zusammen, die sich in den Nachbefragungen als „Nichtraucher“ bezeichnen? Welche Merkmale³ zeichnet sie aus?
- Wie setzt sich die Personengruppe der Programmteilnehmer zusammen, die sich in den Nachbefragungen als „Raucher“ bezeichnen? Welche Merkmale⁴ zeichnet sie aus?

B.5. Was kennzeichnet Programmteilnehmer mit Status „Raucher“⁵?

B.6. Was kennzeichnet Programmteilnehmer mit Status „Nichtraucher“⁶?

C. Programmbewertung und Weiterentwicklungsmöglichkeiten

Aus den Angaben der Programmnutzer zu den Strukturen und Inhalten der Online-Intervention „rauchfrei“ lassen sich Verbesserungsvorschläge ableiten, die zu einer Programmoptimierung eingesetzt werden können. Folgende Fragen sollen daher in der vorliegenden Evaluation beantwortet werden:

³ Stammdaten: Geschlecht, Alter, Alter des Konsumbeginns, Konsumjahre, Konsummenge vor Programmbeginn, Anteil starker Raucher vor Beginn des Programms, Fagerström-Wert, Ausstiegsvariante

⁴ Stammdaten: Geschlecht, Alter, Alter des Konsumbeginns, Konsumjahre, Konsummenge vor Programmbeginn, Anteil starker Raucher vor Beginn des Programms, Fagerström-Wert, Ausstiegsvariante

⁵ Konsummenge unmittelbar nach Programmbeendigung, Zeitpunkt und Gründe für die Wiederaufnahme des Rauchens, Gründe für den nicht durchgeführten Rauchstopp, Zeitpunkt des letzten Tabakkonsums, Konsumtage pro Woche, durchschnittlicher Zigarettenkonsum pro Tag, Motivation und Einschätzung zur Erlangung des Nichtraucherstatus, Zeitrahmen Nichtraucherstatus zu erlangen, empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm, erneute Nutzung des Ausstiegsprogramms.

⁶ Konsummenge unmittelbar nach Programmbeendigung, Zeitpunkt des letzten Tabakkonsums, Schwierigkeiten durchzuhalten, Hindernisse beim Durchhalten, Verfehlungen, Verlangen zu rauchen, Motivation Nichtraucherstatus beizubehalten, Wahrscheinlichkeit Nichtraucher zu bleiben, empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm.

C.1. Wie bewerten Programmteilnehmer das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“?

C.2. Empfehlen Programmteilnehmer das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ weiter?

C.3. Wie kann das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ weiterentwickelt werden, d.h. welche Verbesserungspotentiale gibt es?

- Welche Bestandteile haben Programmteilnehmer an „rauchfrei“ vermisst?
- Welche Unterstützung wünschen Programmteilnehmer, um Nichtraucher zu bleiben bzw. zu werden?

7.3 Methodisches Vorgehen

7.3.1 Studiendesign

Zur Beantwortung der Fragen nach der Inanspruchnahme und Zusammensetzung der Nutzerschaft sowie der Wirksamkeit des Ausstiegsprogramms werden die Befragungsdaten der Teilnehmer des Ausstiegsprogramms analysiert. Dazu werden die Angaben der Programmteilnehmer herangezogen, die im Rahmen der Registrierung („Stammdaten“) sowie der Follow-Up-Befragungen sechs und zwölf Monate nach der Registrierung erhoben worden sind. Für die Follow-Up-Befragungen wird an alle bei der Anmeldung hinterlegten Mailadressen eine Email mit einem integrierten personalisierten Link gesendet, über den die Befragungsteilnehmer zu ihrem Fragebogen gelangen. Dieses Verfahren gewährleistet, dass pro Registrierung maximal ein Fragebogen ausgefüllt wird. Programmteilnehmer, die nach 14 Tagen keinen Fragebogen zurückgeschickt haben, werden mithilfe einer „Reminder-Email“ erneut gebeten, sich an der Befragung zu beteiligen. Wenn Personen im Rahmen der t1-Befragung angaben, nicht an der nachfolgenden t2-Befragung teilnehmen zu wollen, so wurde kein weiterer Kontakt aufgenommen.

In die Analyse werden die Befragungsergebnisse jener Teilnehmer einbezogen, die sich in der Zeit vom 01. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2009 für das Ausstiegsprogramm angemeldet (siehe Abbildung 33) und einen Fragebogen zurückgesendet haben, in welchem mindestens die Selbsteinschätzung des eigenen Raucherstatus angegeben wurden. Über eine persönliche Identifikationsnummer können die Ergebnisse der Follow-Up-Befragungen mit den bei der Registrierung für das Ausstiegsprogramm erhobenen „Stammdaten“ verknüpft werden.

Abbildung 33: Untersuchungsverlauf

Jahr 2009												Jahr 2010																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12										
Registrierungen																																	
						t1-Befragung (6-Monats-Follow-up)																											
												t2-Befragung (12-Monats-Follow-up)																					

7.3.2 Untersuchte Effekte

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wird die Zusammensetzung der Nutzerschaft über eine deskriptive statistische Analyse der Stammdaten ermittelt. Die Abhängigkeitsstärke der Programmteilnehmer, die Bestandteil der Stammdaten ist, wurde im Vorfeld mit Hilfe des Fagerström-Tests erfasst.

Zur Überprüfung der Effektivität und Wirksamkeit des Ausstiegsprogramms dienen die Selbstauskünfte der Programmteilnehmer, die im Rahmen der t1- und t2-Onlinebefragung sechs und zwölf Monate nach der Registrierung erhoben werden. Selbstauskünfte verfügen über eine entsprechend hohe Validität, wie eine Metaanalyse über Evaluationsstudien zu Tabakentwöhnungsmaßnahmen ermitteln konnte (Patrick et al. 1994). Von zentraler Bedeutung ist die Selbstauskunft zur 7-Tage-Punktprävalenz. Als rauchfrei gelten demnach Personen, die in den sieben Tagen vor der Befragung weder eine Zigarette noch andere Tabakprodukte geraucht haben. Dargestellt wird auch die persönliche Einstellung des Programmteilnehmers bezüglich des eigenen Raucher- oder Nichtraucherstatus. Eine Überprüfung der Selbstangaben über biochemische Marker im Urin wurde nicht vorgenommen, da der Kontakt ausschließlich online erfolgte und eine Urinanalyse nicht umzusetzen war.

Als Berechnungsgrundlage für die Abstinenzraten dient das wissenschaftliche Verfahren der Intention-To-Treat-Analyse (ITT), bei der die Zahl erfolgreich entwöhnter Personen in Relation zu der Gesamtgruppe aller Teilnehmer des Programms gesetzt wird. Alle Personen, die sich nicht an der Befragung beteiligten, gelten dabei als Raucher.

7.3.3 Messinstrumente

Für die onlinebasierten Follow-Up-Befragungen nach sechs und nach zwölf Monaten werden mit dem t1- und dem t2-Fragebogen zwei Messinstrumente verwendet, die zum Großteil identische Fragen stellen und in vier Bereiche unterteilt werden können. Der erste Fragebogenabschnitt richtet sich an alle Befragten, gleichgültig ob Raucher oder Nichtraucher, und ermittelt grundsätzliche Angaben zum Rauchverhalten und Rauchstatus (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Fragebogenitems und Antwortformate der t1- und t2-Befragung zum Thema „Rauchverhalten und Rauchstatus“, die sich an alle Befragten richten (Teil 1)

Frage im t1-Fragebogen enthalten	Frage im t2-Fragebogen enthalten	Items	Antwortformat
Teil 1			
Angaben zum Rauchverhalten vor der Programmteilnahme (richtet sich an alle)			
Frage 1	---	Wie viele Zigaretten haben Sie damals durchschnittlich an einem Tag geraucht?	_____ Zigaretten pro Tag <input type="checkbox"/> Daran kann ich mich nicht mehr erinnern
Frage 2	---	An wie vielen Tagen innerhalb einer Woche haben Sie damals geraucht? Bitte gehen Sie dabei von einer durchschnittlichen Woche kurz vor der Anmeldung für das Programm aus.	
Angaben zum Rauchverhalten unmittelbar nach der Programmbeendigung (richtet sich an alle)			
Frage 3	---	Wie viele Zigaretten haben Sie in den ersten Tagen geraucht, nachdem Sie das Programm beendet haben? Bitte geben Sie die durchschnittliche tägliche Menge an. Falls Sie den Rauchausstieg erfolgreich bewältigt haben, tragen Sie bitte eine „0“ ein	_____ Zigaretten pro Tag
Angaben zum aktuellen Rauchstatus (richtet sich an alle)			
Frage 4	Frage 1	Wie würden Sie sich heute bezeichnen: Als Raucher/in oder als Nichtraucher/in? Ich bin aktuell	<input type="checkbox"/> Raucher/in <input type="checkbox"/> Nichtraucher/in
Angaben zum Rauchverhalten zum Zeitpunkt der letzten Befragung (richtet sich an alle)			
----	Frage 2	Damit Ihnen nachfolgend die richtigen Fragen gestellt werden, möchten wir Sie bitten, noch einmal anzugeben, ob Sie zu dem Zeitpunkt der letzten Befragung Raucher/in oder Nichtraucher/in waren?	Vor ungefähr sechs Monaten, als ich das erste Mal befragt wurde, war ich <input type="checkbox"/> Raucher/in <input type="checkbox"/> Nichtraucher/in

Im ersten Abschnitt unterscheiden sich die t1- und t2-Fragebögen dadurch, dass Fragen zum Rauchverhalten vor der Programmteilnahme und unmittelbar nach Programmbeendigung nur im t1-Fragebogen und Fragen zum Rauchverhalten zum Zeitpunkt der letzten Befragung verständlicherweise nur im t2-Fragebogen gestellt werden. Identisch in beiden Fragebögen ist die Angabe zum aktuellen Rauchstatus (Raucher oder Nichtraucher), die als Kriterium der Gültigkeit eines Fragebogens zentral ist.

Der zweite Teil richtet sich nur an Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung wieder rauchen oder nicht mit dem Rauchen aufgehört haben und beinhaltet Fragen zum Zeitpunkt des erneuten Rauchbeginns, zu den Gründen für den erneuten Tabakkonsum bzw. einen nicht durchgeführten Rauchstopp, zum letzten Tabakkonsum, zur aktuellen Motivation für einen Rauchstopp und zur Einschätzung, wie hilfreich das internetbasierte Ausstiegsprogramm eingestuft wird:

Tabelle 10: Fragebogenitems und Antwortformate der t1- und t2-Befragung, die sich nur an Raucher richten (Teil 2)

Frage im t1-Fragebogen enthalten	Frage im t2-Fragebogen enthalten	Items	Antwortformat
Teil 2			
Angaben zum erneuten Rauchbeginn (richtet sich an Personen, die wieder rauchen)			
Frage 5	---	Seit wann rauchen Sie wieder? Bitte geben Sie die Zeit in Wochen an.	seit _____ Wochen
---	Frage 3	Seit wann rauchen Sie wieder? Bitte geben Sie die Zeit in Tagen an.	seit _____ Tagen
Angaben der Gründe für den erneuten Rauchbeginn (richtet sich an Personen, die wieder rauchen)			
Frage 6	Frage 4	Was waren die Gründe dafür, dass Sie wieder angefangen haben zu rauchen? Bitte klicken Sie ein oder mehrere Kästchen an bzw. nennen Sie hinter „Sonstiges“ einen anderen oder weiteren Grund	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Entzugserscheinungen und zwar ____ <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar _____
Angaben der Gründe für einen nicht durchgeführten Rauchstopp (richtet sich an Personen, die nicht aufgehört haben zu rauchen)			
Frage 7	---	Was waren die Gründe, die dazu geführt haben, dass Sie nicht mit dem Rauchen aufgehört haben? Bitte klicken Sie ein oder mehrere Kästchen an bzw. nennen Sie hinter „Sonstiges“ einen anderen oder weiteren Grund.	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Entzugserscheinungen und zwar ____ <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar _____
---	Frage 5	Was waren die Gründe, die dazu geführt haben, dass Sie nicht mit dem Rauchen aufgehört haben? Bitte klicken Sie ein oder mehrere Kästchen an bzw. nennen Sie hinter „Sonstiges“ einen anderen oder weiteren Grund	<input type="checkbox"/> Ich habe in den letzten sechs Monaten gar nicht daran gedacht / ich bin gar nicht auf die Idee gekommen. <input type="checkbox"/> Ich habe eine Gewichtszunahme befürchtet. <input type="checkbox"/> Mögliche Entzugserscheinungen haben mich davon abgehalten. <input type="checkbox"/> Ich hatte dafür zu viel Stress. <input type="checkbox"/> Sonstiges → und zwar _____ <input type="checkbox"/> Ich habe in den letzten sechs Monaten ein oder mehrere Male versucht, aufzuhören.

---	Frage 6	Sie haben gerade angegeben, dass Sie in den vergangenen sechs Monaten ein oder mehrere Male versucht haben, aufzuhören. Was war der Grund dafür, dass Sie jeweils wieder angefangen haben zu rauchen? Bitte klicken Sie ein oder mehrere Kästchen an bzw. nennen Sie hinter „Sonstiges“ einen anderen oder weiteren Grund.	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Entzugserscheinungen und zwar ____ <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar _____
Angaben zum letzten Tabakkonsum (richtet sich an alle Raucher)			
Frage 8	Frage 7	Wann haben Sie zuletzt geraucht? Bitte klicken Sie ein Kästchen an oder geben Sie die Zeit in Tagen an.	<input type="checkbox"/> heute <input type="checkbox"/> gestern <input type="checkbox"/> vorgestern <input type="checkbox"/> länger her und zwar vor ____ Tagen.
Frage 9	Frage 8	Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 7 Tage. An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht?	an _____ Tagen
Frage 10	Frage 9	An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie da durchschnittlich?	_____ Zigaretten pro Tag
Angaben zur Motivation für die Rauchfreiheit (richtet sich an alle Raucher)			
Frage 11	Frage 10	Wie gerne wollen Sie Nichtraucher/in werden?	<input type="checkbox"/> sehr gern <input type="checkbox"/> eher gern <input type="checkbox"/> eher ungern <input type="checkbox"/> sehr ungern
Frage 12	Frage 11	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass es Ihnen gelingt, innerhalb der nächsten sechs Monate nicht zu rauchen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören?	<input type="checkbox"/> sehr unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> eher unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> eher wahrscheinlich <input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich
Frage 13	Frage 12	Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?	<input type="checkbox"/> Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören. <input type="checkbox"/> Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören. <input type="checkbox"/> Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.
Einschätzung der Programmbeihilflichkeit (richtet sich an alle Raucher, die in der Vorgängerfrage Antwortvorgabe 2 oder 3 gewählt haben)			
Frage 14	Frage 13	Denken Sie, dass das was Sie im Rahmen des Programms erfahren haben, Ihnen dabei helfen könnte, mit dem Rauchen aufzuhören?	<input type="checkbox"/> ja, ganz sicher <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nicht <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
Frage 15	Frage 14	Können Sie sich vorstellen, bei einem möglichen nächsten Ausstiegsversuch, wieder auf das rauchfrei-Ausstiegsprogramm der BZgA zurückzugreifen?	<input type="checkbox"/> ja, ganz sicher <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nicht <input type="checkbox"/> überhaupt nicht

Personen, die einen Rauchstopp erfolgreich durchgeführt haben und zu den Nichtrauchern zählen, werden folgende Fragen gestellt:

Tabelle 11: Fragebogenitems und Antwortformate der t1- und t2-Befragung, die sich nur an Nichtraucher richten (Teil 3)

Frage im t1-Fragebogen enthalten	Frage im t2-Fragebogen enthalten	Items	Antwortformat
Teil 3			
Angaben zum letzten Tabakkonsum (richtet sich an alle Personen, die zu Beginn angegeben haben, Nichtraucher zu sein)			
Frage 16	Frage 15	Sie haben angegeben, dass Sie sich heute als Nichtraucher/in bezeichnen. Wann haben Sie zuletzt eine Zigarette geraucht?	Meine letzte Zigarette habe ich vor _____ Tagen geraucht
Angaben zu Schwierigkeiten auf dem Weg zur Rauchfreiheit (richtet sich an alle Personen, die zu Beginn angegeben haben, Nichtraucher zu sein)			
Frage 17	Frage 16	Wie leicht bzw. schwer ist es Ihnen gefallen, nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen?	<input type="checkbox"/> sehr leicht <input type="checkbox"/> ziemlich leicht <input type="checkbox"/> etwas schwer <input type="checkbox"/> sehr schwer
Frage 18	Frage 17	Was waren rückblickend für Sie die größten Schwierigkeiten bzw. Hindernisse, „rauchfrei“ zu bleiben? Bitte klicken Sie ein oder mehrere Kästchen an bzw. nennen Sie hinter „Sonstiges“ eine andere Schwierigkeit bzw. ein anderes Hindernis.	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Entzugserscheinungen und zwar ____ <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar _____ <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Schwierigkeiten, „rauchfrei“ zu bleiben.
Angaben zu Rückfällen bzw. Ausrutschern (richtet sich an alle Personen, die zu Beginn angegeben haben, Nichtraucher zu sein)			
Frage 19	---	Hatten Sie, nach dem Sie das Programm zum letzten Mal besucht haben, einen „Ausrutscher“, d.h. haben Sie in der Zeit nach der letzten Nutzung des Programms noch einmal geraucht?	<input type="checkbox"/> Ich hatte keinen Ausrutscher. <input type="checkbox"/> Ich habe ein Mal insgesamt ____ Zigaretten geraucht und seitdem keine mehr. <input type="checkbox"/> Ich hatte mehrere Ausrutscher. Seitdem ich aufgehört habe, hatte ich insgesamt ____ Ausrutscher.
---	Frage 18	Hatten Sie, nach dem Sie das letzte Mal befragt wurden, also vor ungefähr sechs Monaten, einen „Ausrutscher“, d.h. haben Sie in der Zeit nach der letzten Befragung noch einmal geraucht?	<input type="checkbox"/> Ich hatte keinen Ausrutscher <input type="checkbox"/> Ich habe ein Mal insgesamt ____ Zigaretten geraucht und seitdem keine mehr. <input type="checkbox"/> Ich hatte mehrere Ausrutscher. Seitdem ich aufgehört habe, hatte ich insgesamt ____ Ausrutscher.
Angaben zu angewandten Methoden für den Rauchstopp (richtet sich an alle Personen, die zu Beginn angegeben haben, Nichtraucher zu sein und zum Zeitpunkt der letzten Befragung noch geraucht haben)			
---	Frage 19	Sie haben zum Zeitpunkt der letzten Befragung noch geraucht, inzwischen haben Sie jedoch aufgehört. Mit welcher Methode haben Sie es geschafft, mit dem Rauchen aufzuhören?	<input type="checkbox"/> Ich habe noch einmal das rauchfrei-Ausstiegsprogramm der BZgA auf www.rauchfrei-info.de gemacht. <input type="checkbox"/> Ich habe es über einen anderen Weg geschafft, mit dem Rauchen aufzuhören, und zwar _____

Angaben zur Motivation für die Rauchfreiheit (richtet sich an alle Personen, die zu Beginn angegeben haben, Nichtraucher zu sein)			
Frage 20	Frage 20	Wie gerne würden Sie wieder rauchen?	<input type="checkbox"/> sehr gern <input type="checkbox"/> eher gern <input type="checkbox"/> eher ungern <input type="checkbox"/> sehr ungern
Frage 21	Frage 21	Wie gerne wollen Sie Nichtraucher/in bleiben?	<input type="checkbox"/> sehr gern <input type="checkbox"/> eher gern <input type="checkbox"/> eher ungern <input type="checkbox"/> sehr ungern
Frage 22	Frage 22	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass es Ihnen gelingt, innerhalb der nächsten 6 Monate Nichtraucher/in zu bleiben?	<input type="checkbox"/> sehr unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> eher unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> eher wahrscheinlich <input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich
Einschätzung der Programmbeihilflichkeit (richtet sich an alle Personen, die zu Beginn angegeben haben, Nichtraucher zu sein)			
Frage 23	---	Denken Sie, dass das, was Sie im Rahmen des rauchfrei-Ausstiegsprogramms gelernt haben, Ihnen dabei helfen wird, Nichtraucher/in zu bleiben?	<input type="checkbox"/> ja, ganz sicher <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> eher nicht <input type="checkbox"/> überhaupt nicht

Um bewerten zu können, wie hilfreich die Unterstützung durch das Ausstiegsprogramm eingestuft wird und zu erfahren, wo Optimierungspotential und Überarbeitungsbedarf aus Sicht der Nutzer vorhanden sind, werden im vierten Fragebogenteil, der sich wieder an alle Befragten richtet, folgende Fragen gestellt:

Tabelle 12: Fragebogenitems und Antwortformate der t1- und t2-Befragung zur Bewertung des Ausstiegsprogramms, die sich an alle Befragten richten (Teil 4)

Frage im t1-Fragebogen enthalten	Frage im t2-Fragebogen enthalten	Items	Antwortformat
Teil 4			
Einschätzung der Programmbeihilflichkeit (richtet sich an alle)			
Frage 25	---	Haben Sie das Programm anderen Personen, die mit dem Rauchen aufhören möchten, weiterempfohlen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frage 26	Frage 23	Bitte bewerten Sie aus Ihrer heutigen Sicht das rauchfrei-Ausstiegsprogramm danach, wie gut es Ihnen bei Ihrem Rauchausstieg geholfen hat. Bitte vergeben Sie hierfür eine Schulnote.	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> mangelhaft <input type="checkbox"/> ungenügend
Frage 27	Frage 24	Gibt es bei dem Programm etwas, was Ihnen gefehlt hat? Wenn ja, was ist das?	_____
Einschätzung der Programmbeihilflichkeit (richtet sich an Nichtraucher)			
Frage 28	Frage 25	Abschließend nun folgende Frage: Welche Art von Unterstützung würden Sie sich wünschen, um Nichtraucher/in zu bleiben?	_____ <input type="checkbox"/> Keine weitere Unterstützung notwendig
Einschätzung der Programmbeihilflichkeit (richtet sich an Raucher)			
Frage 29	Frage 26	Abschließend nun folgende Frage: Welche Art von Unterstützung würden Sie sich wünschen, um Nichtraucher/in zu werden?	_____

Weitere Befragungsteilnahme (richtet sich an alle)		
	Wir sind auch weiterhin an Ihrer Meinung interessiert und bitten Sie dazu noch einmal um Ihre Hilfe. Wären Sie bereit, in ca. sechs Monaten noch einmal an einer zweiten, dann abschließenden Befragung teilzunehmen? Bereits schon jetzt vielen Dank für Ihre Bereitschaft!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die Zusammenstellung der Fragen erfolgt automatisiert und entspricht der aktuellen Situation des Befragten. In Abhängigkeit der gegebenen Antworten werden die darauf folgenden Fragen gefiltert, so dass die Befragungsteilnehmer einen jeweils auf ihren Status (Raucher oder Nichtraucher) abgestimmten Fragebogen ausfüllen.

7.3.4 Statistische Analyse

Um die Struktur der Nutzerschaft des internetbasierten rauchfrei-Ausstiegsprogramms zu ermitteln und die Merkmale rauchfreier und nicht rauchfreier Personen im 6- und 12-Monats-Follow-Up darzustellen, erfolgt die Beschreibung der Daten mit den Methoden der deskriptiven Statistik (Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen), visuell aufbereitet mithilfe grafischer Darstellungen.

Die persönlichen Motivationsquellen für einen Rauchstopp, die von den Usern als Fließtext in den Fragebogen eingetragen worden sind, wurden thematisch erfasst und kategorisiert, um mithilfe einer Häufigkeitsauswertung Kenntnis über die gebräuchlichsten Gründe zu erlangen. Zur Überprüfung geschlechtsspezifischer Unterschiede wurden Signifikanztests (Chi-Quadrat-Tests) berechnet.

Zur Analyse der Gruppenunterschiede zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen rauchfrei-Programmtteilnehmern folgt eine binäre Regressionsanalyse, in der als abhängige Variable der Rauchstatus nach 12 Monaten verwendet und als unabhängige Variablen Geschlecht, Alter, Alter des Konsumbeginns, Konsummenge vor Programmbeginn, Konsumjahre, Fagerström-Wert, Ausstiegsvariante und die Motivationsquellen „Geld“, „Gesundheit“ sowie „Kondition/Leistungsfähigkeit“ einbezogen werden (siehe Tabelle 13). In die Regressionsanalyse gehen nur jene erfolgreichen Programmtteilnehmer ein, die zu beiden Befragungszeitpunkten angegeben haben Nichtraucher zu sein.

Aus der Analyse ausgeschlossen wurden jene Personen, die keine Angaben zum eigenen Rauchstatus gemacht haben. Als Irrtumswahrscheinlichkeit wurde ein Alpha-Fehlerniveau von 5% festgelegt. Zur Durchführung der Berechnungen wurde die Software SPSS 11.5 verwendet.

Tabelle 13: Variablen in der Regressionsanalyse

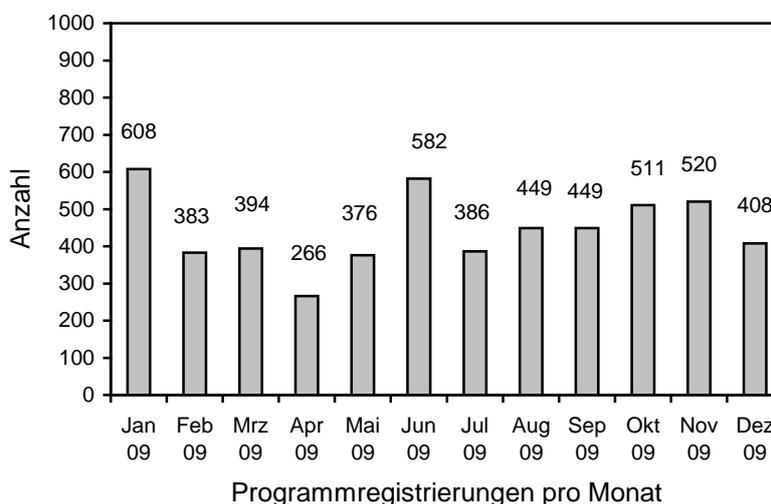
	Variablen labels	Variablenname	Value labels	Ausprägung
Abhängige Variable	t2_1_1	Aktueller Rauchstatus T2	1 2	Raucher Nichtraucher
Unabhängige Variablen	title	Geschlecht	1 2	männlich weiblich
	alterü40	Altersgruppe: über 40 Jahre alt	1 2	Ja Nein
	Agbgsü15	Alters des Konsumbeginns über 15 Jahre	1 2	Ja Nein
	ysmokü10	Mehr als 10 Konsumjahre	1 2	Ja Nein
	avgeü20	Starker Raucher (Über 20 gerauchte Zigaretten pro Tag vor Programm-anmeldung)	1 2	Ja Nein
	ftststrk	(Sehr)starke Abhängigkeit vorhanden (Fagerström-Wert zwischen 6-10)	1 2	Ja Nein
	lateentr2	Ausstiegsvariante	-1 0 1	Regulärer Programmstart (mit Vorbereitungszeit) Direkter Programmstart (Tag der Anmeldung = Rauchstopptag) Quereinstieg 1-5 Tage nach dem Rauchstopp
	mywin_1	Motivationsquelle „Geld“	1 2	Ja Nein
	mywin_3	Motivationsquelle „Gesundheit“	1 2	Ja Nein
	mywin_12	Motivationsquelle „Kondition/Leistung	1 2	Ja Nein

7.4 Evaluationsergebnisse

7.4.1 Anmeldungen für das Ausstiegsprogramm und Verlauf der Untersuchung

Um einen Überblick über die Anmeldungen für das internetbasierte rauchfrei-Ausstiegsprogramm zu bekommen, sind sowohl die monatlichen Registrierungen für das hier zu betrachtende Jahr 2009 als auch die jährlichen Registrierungen seit Programmstart im Jahr 2006 relevant. Mit Blick auf die monatlichen Registrierungen (siehe Abbildung 34) wird ersichtlich, dass von den insgesamt 5.332 Anmeldungen in 2009 die meisten im Januar (608 Anmeldungen) und im Juni (582 Anmeldungen) verzeichnet wurden.

Abbildung 34: Monatliche Registrierungen für das Ausstiegsprogramm im Jahr 2009 (n=5.332) (eigene Darstellung)

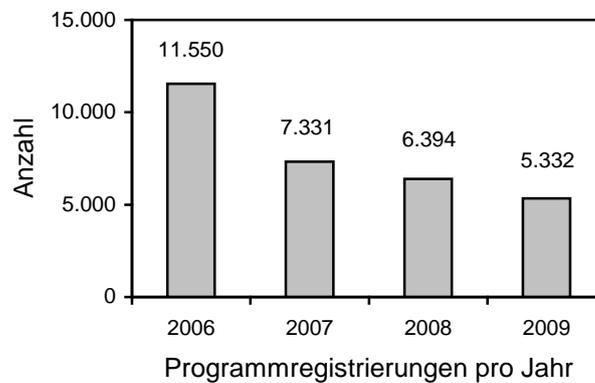


Während von Februar bis Mai die Anmeldezahlen nie mehr als 400 betragen, war – nach dem Ausreißer im Juni mit vergleichsweise hohen Anmeldezahlen – von Juli (386 Anmeldungen) bis November (520 Anmeldungen) eine kontinuierlich steigende Anzahl an Registrierungen zu erkennen. Ende des Jahres fielen die Anmeldezahlen wieder auf 408 im Dezember. Somit sind 2009 durchschnittlich 444 Registrierungen pro Monat bzw. 14 bis 15 Registrierungen pro Tag eingegangen.

Seit Programmstart ist die Gesamtanzahl der Registrierungen von Jahr zu Jahr gesunken (siehe Abbildung 35). Während sich im Jahr 2006, an dem das rauchfrei-Programm neu auf den Markt gekommen ist, noch 11.550 Raucher angemeldet haben, sind in den nachfolgenden

Jahren mit 7.331 im Jahr 2007 und 6.394 im Jahr 2008 deutlich weniger Anmeldungen eingetroffen.

Abbildung 35: Jährliche Registrierungen für das Ausstiegsprogramm seit Programmstart (eigene Darstellung)



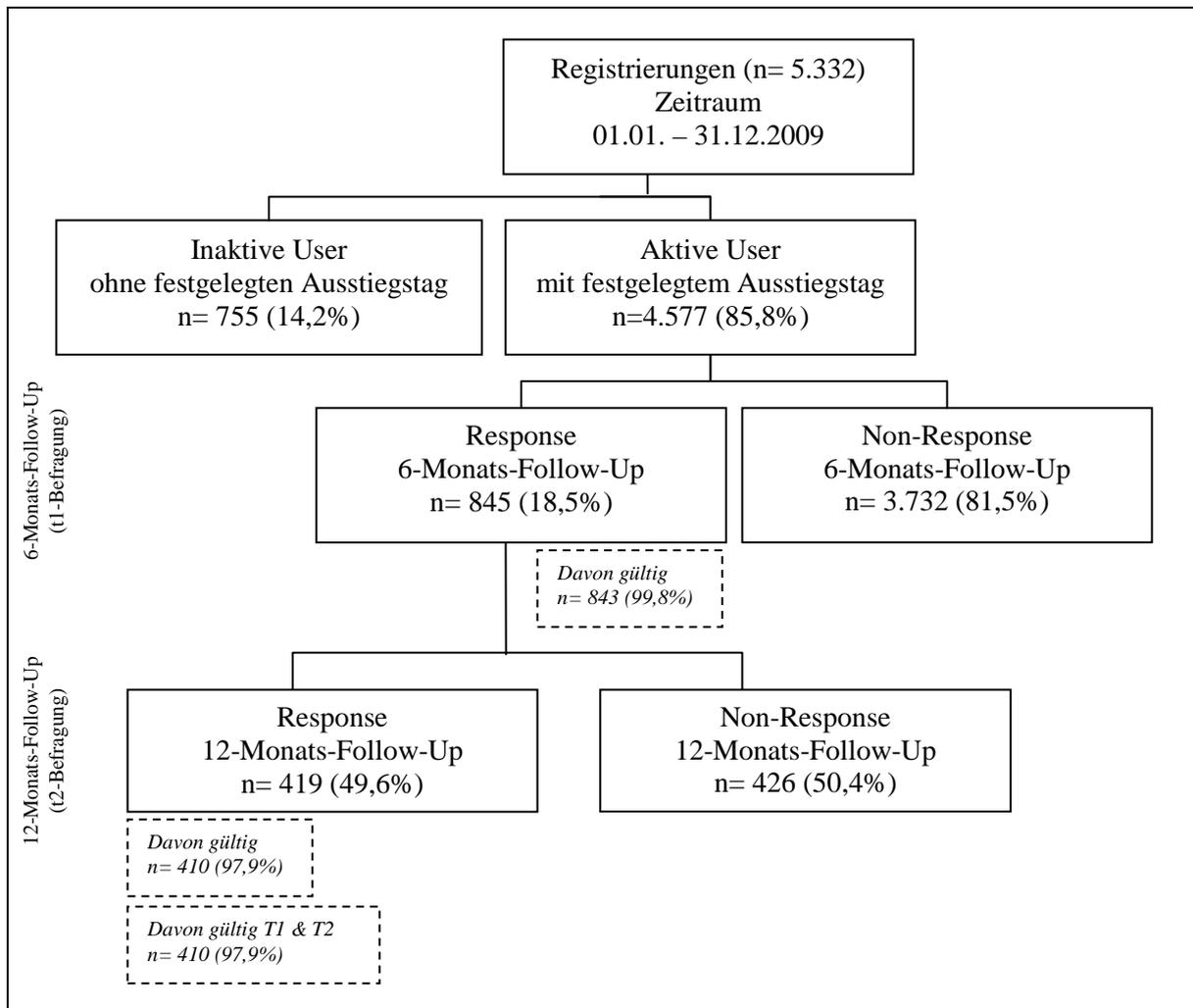
Zur näheren Betrachtung der registrierten Personen des Jahres 2009 und Erläuterung der vorliegenden Untersuchung wird nachfolgend der Verlauf der Befragungen aufgezeigt und verdeutlicht, wie viele der User aktiv das Ausstiegsprogramm genutzt und sich an den Befragungen sechs und zwölf Monate nach Programmteilnahme beteiligt haben (siehe Verlaufsdiagramm in Abbildung 36).

Im Evaluationszeitraum vom 01.01. bis 31.12.2009 haben von den 5.332 Interessenten für das internetbasierte Ausstiegsprogramm insgesamt 4.577 Personen (85,8%) nach der Anmeldung einen – für die effiziente Programmnutzung wichtigen – Ausstiegstag angegeben. Da bei ausstiegswilligen Rauchern mit bevorstehendem Rauchstopp ohne einen definierten Rauchstopptag die zu nutzenden Programmelemente nicht auf die individuelle Situation (vor, während oder nach dem Rauchstopp) ausgelegt werden können, stehen nur Personen mit festgelegtem Ausstiegstag im Fokus der Betrachtung, die im Verlaufsschema als „Aktive User“ bezeichnet werden.

Alle 4.579 Personen mit festgelegtem Ausstiegstag, d.h. aktiven Teilnehmer, wurden sechs Monate nach ihrer Registrierung für das Programm erstmalig per Email angeschrieben (6-Monats-Follow-Up) und gebeten, an der t1-Befragung teilzunehmen. 845 Personen (18,5%) aktivierten daraufhin den in die Email eingebetteten Link zum Ausfüllen des Fragebogens und sandten ihn zurück. Die Mehrzahl der Programmnutzer (81,5%) hat sich, auch nach erneuter Erinnerung per Email (Reminder), nicht an der Befragung beteiligt. Als „gültig“ wurde der

Fragebogen anerkannt, wenn mindestens die Frage nach dem Raucherstatus beantwortet wurde. Bis auf zwei Ausnahmen hat die Mehrheit dazu Stellung genommen, so dass 843 gültige Fragebögen nach der t1-Befragung vorliegen.

Abbildung 36: Verlaufdiagramm der Untersuchung (n=5.332) (eigene Berechnung)



Von den 845 Personen, die sich an der ersten Befragung sechs Monate nach Programmanmeldung beteiligt haben, haben 419 Personen (49,6%) zum Zeitpunkt der Zwölf-Monats-Erhebung abermals einen Fragebogen zurückgesandt. Die übrigen 426 Personen (50,4%) haben, auch nach Zusendung einer Reminder-Email, nicht teilgenommen. Von den 419 eingegangenen Fragebögen waren 9 ungültig, da keine Angabe zum aktuellen Rauchstatus gemacht worden sind. Insgesamt 410 Personen haben die Frage nach ihrem Rauchstatus zu beiden Befragungszeitpunkten angeben und sind somit gültig.

Diese auf den ersten Blick gering erscheinende Anzahl gültiger Fragebögen liegt im Normbereich derartiger Interventionen in Zusammenhang mit internetbasierten Nachbefragungen ohne monetären Anreiz. Die Responsequote ist als angemessen zu bewerten und liegt nicht unter dem Durchschnitt vergleichbarer Erhebungen.

7.4.2 Zusammensetzung der Nutzerschaft des Ausstiegsprogramms

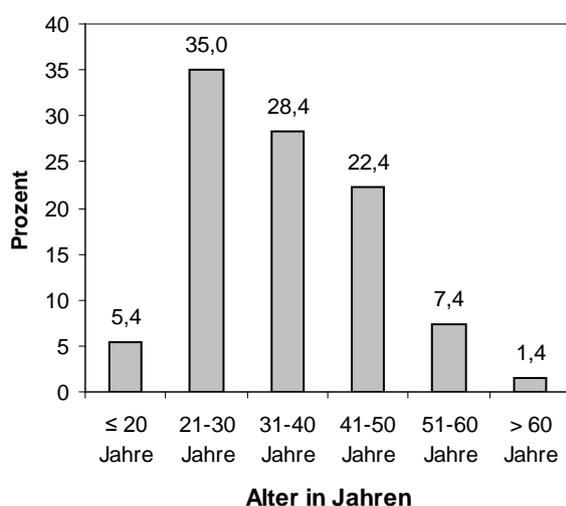
Um die Forschungsfragen zu beantworten, ist es wichtig die Zusammensetzung der Nutzerschaft des Ausstiegsprogramms zu kennen. Im Vorfeld soll daher das soziale Profil aller registrierten Personen dargestellt werden.

Die Zusammensetzung der Nutzerschaft wird erläutert, indem nachfolgend mit dem Anteil männlicher und weiblicher Programmteilnehmer, der Altersverteilung, dem Alter der Raucher bei Konsumbeginn, den Konsumjahren und der -menge, dem Anteil starker Raucher, dem Grad der Tabakabhängigkeit nach dem Fagerström-Test sowie mit der Verteilung der User nach Programmvariante die wesentlichsten Merkmale der registrierten Personen aufgezeigt werden.

Geschlechterverhältnis und Alter in Jahren

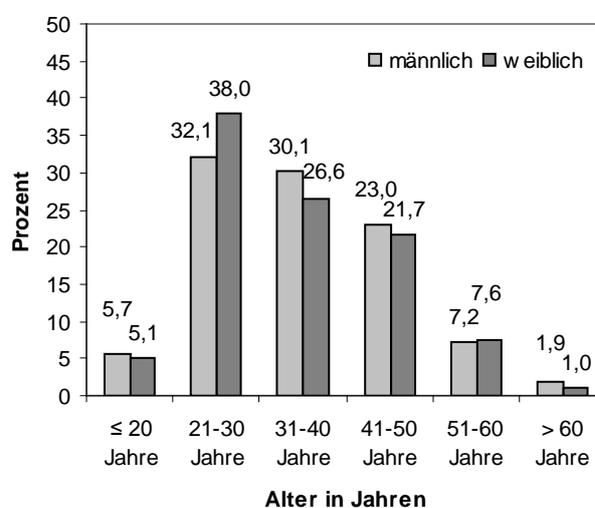
Von den 5.332 Teilnehmer, die sich für das rauchfrei-Ausstiegsprogramm registriert haben, haben sich anteilmäßig nahezu gleich viele Frauen (49,6%) wie Männer (50,4%) angemeldet.

Abbildung 37: Programmteilnehmer nach Altersgruppen



Quelle: eigene Berechnung (n=5.326)

Abbildung 38: Programmteilnehmer nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: eigene Berechnung (n=5.326)

Insgesamt 35,0% der Programmteilnehmer, die das rauchfrei-Ausstiegsprogramm nutzen, befinden sich im frühen Erwachsenenalter und sind zwischen 21 und 30 Jahren alt. Mehr als ein Viertel (28,4%) der Teilnehmer ist dem mittleren Erwachsenenalter, d.h. den 31- bis 40-Jährigen zuzuordnen und ein weiteres Viertel (22,3%) den 41- bis 50-Jährigen. Seltener wird das Ausstiegsprogramm zur Unterstützung beim Rauchstopp von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter bis 20 Jahre (5,4%), Personen im späten Erwachsenenalter zwischen 51 und 60 Jahren (7,4%) und am geringsten von Menschen über 60 Jahre (1,4%) genutzt (siehe Abbildung 37).

Das durchschnittliche Alter der registrierten User im Jahr 2009 betrug 35,1 Jahre, wobei der jüngste Programmteilnehmer 17 Jahre und der älteste 71 Jahre alt gewesen ist. Die Standardabweichung beträgt 10,56. Etwa 67% aller registrierten Programmteilnehmer waren also $35,1 \text{ Jahre} \pm 10,6 \text{ Jahre}$ alt.

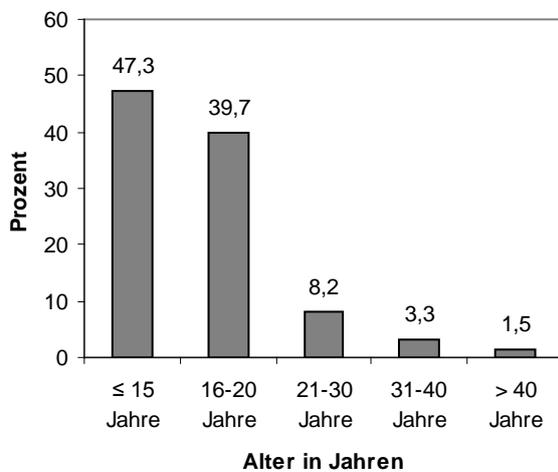
Mit Blick auf Altersklassen im Vergleich von Männern und Frauen (siehe Abbildung 38) wird ersichtlich, dass nur bei den 21- bis 30-Jährigen (38,0% Frauen vs. 32,1% Männer) und den 51- bis 60-Jährigen (7,6% Frauen vs. 7,2% Männer) der weibliche Anteil der Programmteilnehmer höher ist. Besonders deutlich ist dieser Unterschied bei Personen im frühen Erwachsenenalter mit 21 bis 30 Jahren. In den übrigen Altersklassen überwiegen stets die männlichen User.

Alter der Programmteilnehmer bei Rauchbeginn

Studien belegen, dass eine Vielzahl an Rauchern ihren Tabakkonsum in der Jugend begonnen hat. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse werden durch die vorliegende Analyse des Alters der rauchfrei-Programm-User bestätigt (siehe Abbildung 39).

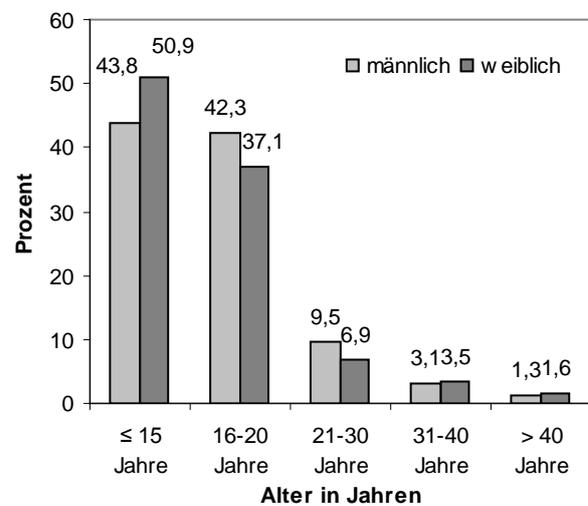
Mit 47,2% hat fast die Hälfte aller Personen bis zu einem Alter von 15 Jahren mit dem Rauchen angefangen. Mehr als 1/3 der Befragten (39,6%) gab bei der Registrierung unter „Rauchbeginn“ ein Alter zwischen 16 und 20 Jahren an. Die wenigsten Programmnutzer haben als Erwachsene über 20 Jahre ihren Konsum begonnen (21 bis 30 Jahre: 8,2%; 31 bis 40 Jahre: 3,3%; über 40 Jahre: 1,5%). Im Mittel haben die Teilnehmer des rauchfrei-Ausstiegsprogramms mit 17,25 Jahren (Standardabweichung: 6,05) mit dem Rauchen angefangen, wobei bei vorliegender Untersuchungspopulation das jüngste Einstiegsalter mit 8 Jahren und das älteste Einstiegsalter mit 63 Jahren angegeben worden ist.

Abbildung 39: Programmteilnehmer bei Rauchbeginn nach Altergruppen



Quelle: eigene Berechnung (n=5.320)

Abbildung 40: Programmteilnehmer bei Rauchbeginn nach Altergruppen und Geschlecht



Quelle: eigene Berechnung (n=5.320)

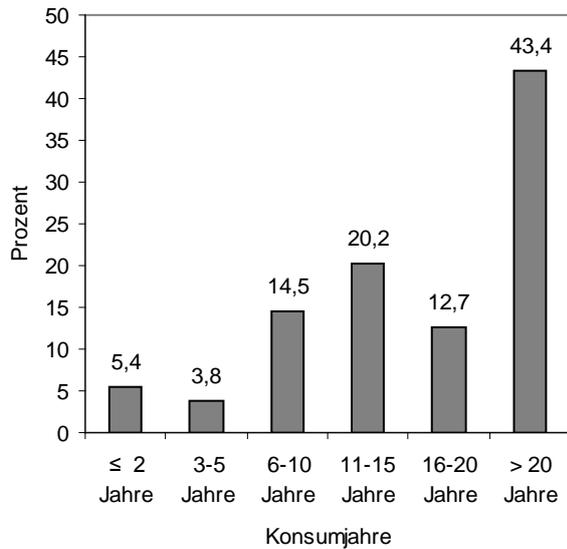
Geschlechtsunterschiede beim Einstiegsalter sind besonders in den Gruppen „bis 15 Jahre“ und „16 bis 20 Jahre“ zu erkennen, da in der Altersklasse „bis 15 Jahre“ mehr Frauen (50,9%) als Männer (43,8%) und in der Altersklasse „16 bis 20 Jahre“ umgekehrt etwas mehr männliche (42,3%) als weibliche Nutzer (37,1%) vorhanden sind (siehe Abbildung 40).

Konsumjahre der Programmteilnehmer

Die Analyse der Konsumjahre der rauchfrei-Programm-Nutzer ergibt, dass mit 43,4% fast jede zweite Person mehr als 20 Jahre lang raucht (siehe Abbildung 41). Jede fünfte Person konsumiert zwischen 11 und 15 Jahren Tabak (20,2%). Etwa gleich viele User gaben an 6 bis 10 Jahre (14,5%) oder 16 bis 20 Jahre (12,7%) zu rauchen. Mit 5,4% bzw. 3,8% lassen sich wenige der Befragten den Kategorien „bis 2 Konsumjahre“ bzw. „3 bis 5 Konsumjahre“ zuordnen. Der Mittelwert beträgt 17,91 Jahre und die Standardabweichung 10,76.

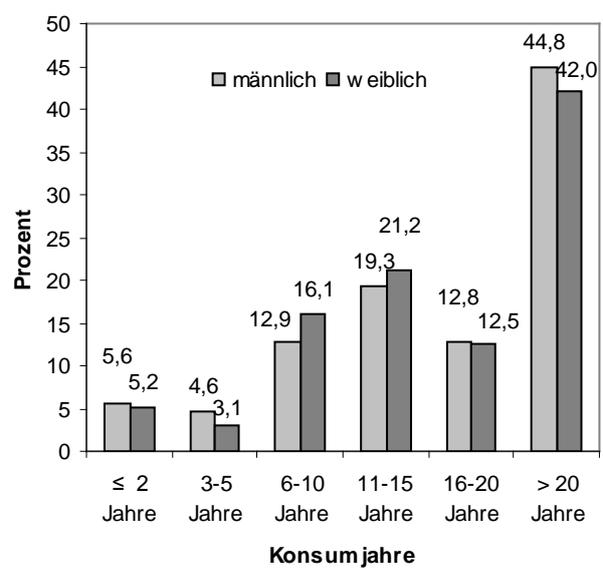
Die Verteilung der Konsumjahre nach Geschlecht in Abbildung 42 lässt keine bedeutenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen erkennen. Während bei den Kategorien „6 bis 10 Konsumjahre“ und „11 bis 15 Konsumjahre“ etwas mehr Frauen vertreten sind, dominieren bei den übrigen Konsumjahren leicht die männlichen User.

Abbildung 41: Konsumjahre der Programmteilnehmer



Quelle: eigene Berechnung (n=4.651)

Abbildung 42: Konsumjahre der Programmteilnehmer nach Geschlecht

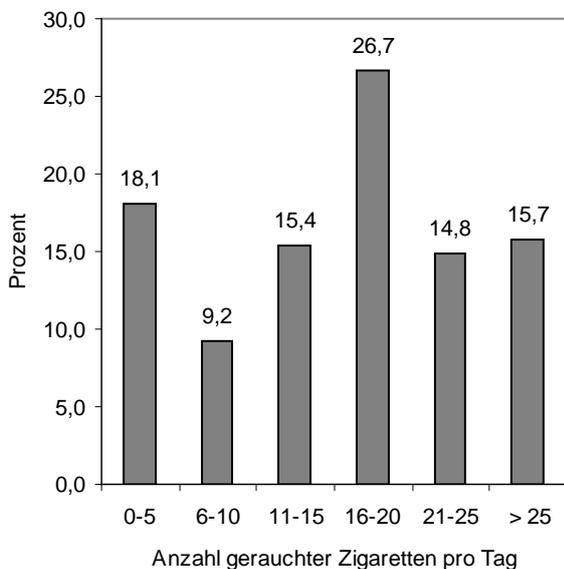


Quelle: eigene Berechnung (n=4.651)

Anzahl täglich gerauchter Zigaretten vor Programmanmeldung

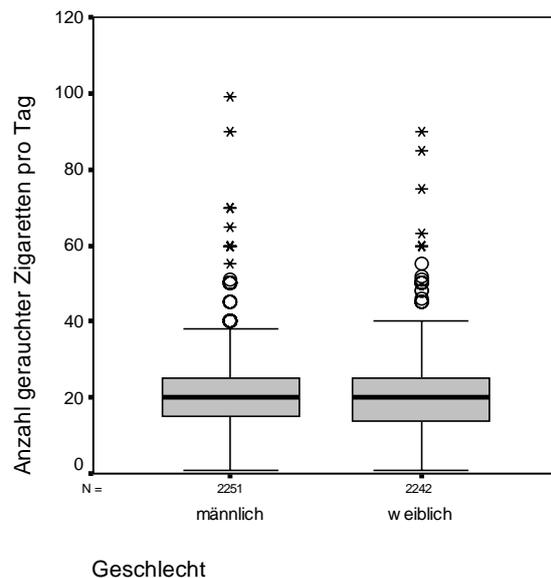
Bei der Betrachtung der Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag vor der Anmeldung für das rauchfrei-Ausstiegsprogramm fällt auf, dass mit 26,7% etwa jede vierte Person zwischen 16 und 20 Zigaretten pro Tag konsumiert hat.

Abbildung 43: Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag vor Programmanmeldung (Prozent)



Quelle: eigene Berechnung (n=5.332)

Abbildung 44: Boxplot mit der Verteilung der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten pro Tag vor Programmanmeldung nach Geschlecht



Quelle: eigene Berechnung (n=4.493)

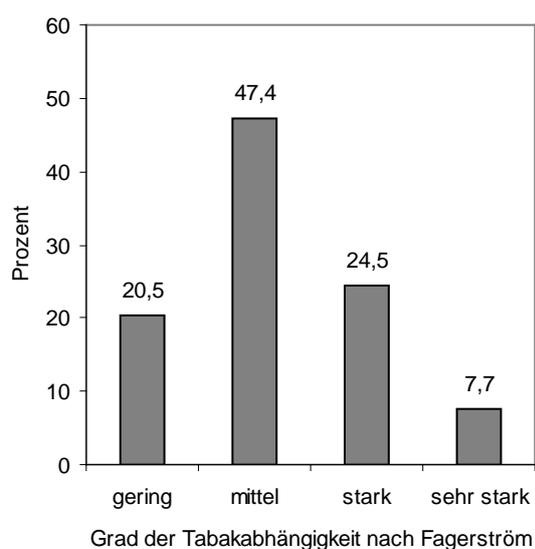
Der Anteil starker Raucher vor Programmbeginn, d.h. der derjenigen Personen, die über 20 Zigaretten pro Tag geraucht haben, beläuft sich auf insgesamt 30,5%. Weitere 18,1% und 15,4% der Programmteilnehmer geben eine Konsummenge im Bereich „0 bis 5 Zigaretten“ und „11 bis 15 Zigaretten“ pro Tag an. Weniger als jede zehnte Person konsumiert „6 bis 10 Zigaretten pro Tag“ (9,2%) (siehe Abbildung 43). Mit Blick auf den Mittelwert wird deutlich, dass im Durchschnitt 17,2 Zigaretten pro Tag geraucht wurden (Standardabweichung 11,15).

Die Analyse der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten vor Programmanmeldung getrennt für Männer und Frauen zeigen nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede (siehe Boxplot in Abbildung 44). Der Median beläuft sich bei beiden Geschlechtern auf 20,0. Das 25%-Perzentil beträgt bei den Frauen 14,0 und bei den Männern 15,0 und das 75%-Perzentil bei beiden Geschlechtern 25,0. Insgesamt 3/4 aller weiblichen wie männlichen registrierten Personen rauchten dementsprechend täglich 25 oder weniger Zigaretten, bevor sie sich für das internetbasierte Ausstiegsprogramm angemeldet haben.

Grad der Tabakabhängigkeit der Programmteilnehmer nach Fagerström

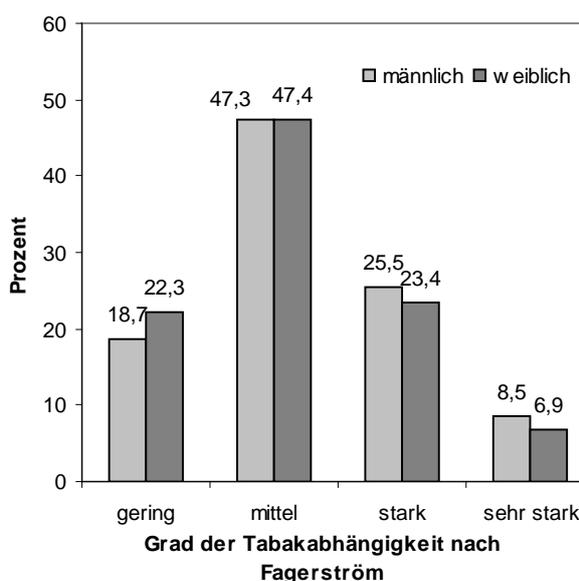
Von insgesamt 5.329 Programmteilnehmern liegen die Ergebnisse des Fagerström-Tests (siehe Kapitel 2.2) zur Bestimmung des Grades der Tabakabhängigkeit vor.

Abbildung 45: Grad der Tabakabhängigkeit der Programmteilnehmer nach Fagerström



Quelle: eigene Berechnung (n=5.329)

Abbildung 46: Grad der Tabakabhängigkeit der Programmteilnehmer nach Fagerström nach Geschlecht



Quelle: eigene Berechnung (n=5.329)

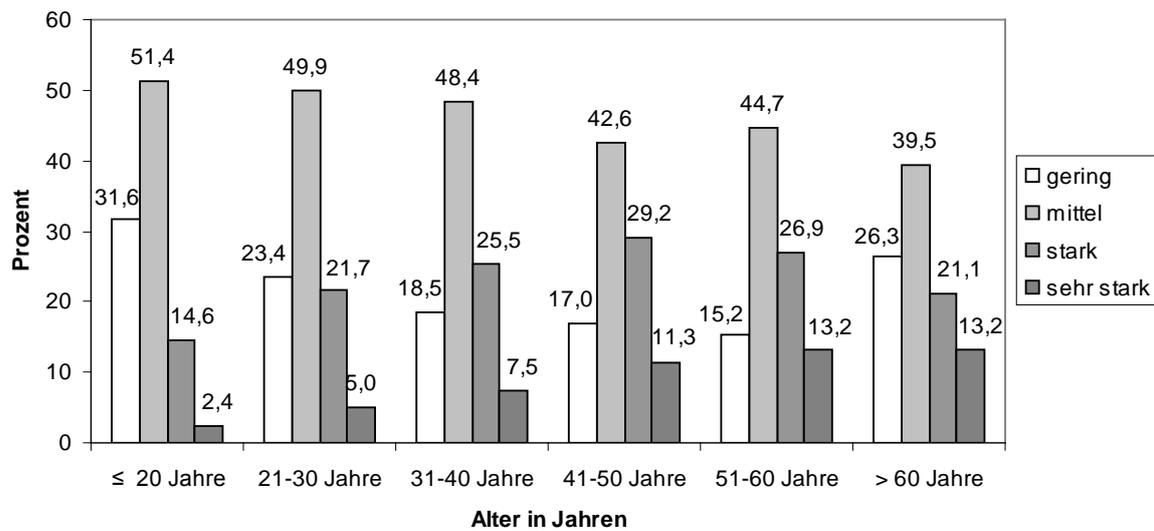
Kennzeichnend ist, dass mit 47,3% eine große Mehrheit einen Fagerström-Wert zwischen drei und fünf aufweist und somit per Definition über eine „mittlere Abhängigkeit“ verfügt. Etwa jede fünfte Person ist „gering“ (20,5%) und jede vierte Person „stark“ (24,5%) abhängig. Zu den „sehr stark abhängigen“ Teilnehmern zählt mit 7,7% eine Minderheit. Im Durchschnitt erzielen die betrachteten Personen einen Fagerström-Wert von 5,35 (Standardabweichung 2,29) und weisen dementsprechend eine mittlere Abhängigkeit auf (siehe Abbildung 45).

Bei Betrachtung der Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Nutzern des rauchfrei-Ausstiegsprogramms fällt auf, dass etwas mehr Männer „stark“ (25,5% Männer vs. 23,4% Frauen) oder „sehr stark“ (8,5% Männer vs. 6,9% Frauen) abhängig sind. Bei der „geringen Abhängigkeit“ sind mit 22,3% mehr Frauen vertreten als Männer (18,7%). Einzig bei der „mittleren Abhängigkeit“ weisen Frauen (47,4%) und Männer (47,3%) nahezu identische Werte auf (siehe Abbildung 46).

In jeder Altersklasse sind mit 40 bis 51% die meisten Personen einer mittleren Abhängigkeit zuzuordnen (siehe Abbildung 47) (51,4% der bis 20-Jährigen, 49,9% der 21- bis 30-Jährigen, 48,4% der 31- bis 40-Jährigen, 42,6% der 41- bis 50-Jährigen, 44,7% der 51- bis 60-Jährigen und 39,5% der über 60-Jährigen). Während bei den jüngeren Usern bis zu einem Alter von 20 Jahren, den 21- bis 30-Jährigen und den über 60-Jährigen am zweithäufigsten ein geringer Abhängigkeitsgrad ermittelt wurde, überwiegt bei allen Personen im Altersspektrum zwischen 31 und 60 Jahren an zweiter Stelle eine starke Abhängigkeit. So sind von allen bis zu 20-Jährigen 31,6% (bzw. 14,6%), von allen 21- bis 30-Jährigen 23,4% (bzw. 21,7%), von allen 31- bis 40-Jährigen 18,5% (bzw. 25,5%), von allen 41- bis 50-Jährigen 17,0% (bzw. 29,2%), von allen 51- bis 60-Jährigen 15,2% (bzw. 26,9%) und von allen über 60-Jährigen 26,3% (bzw. 21,1%) gering abhängig (bzw. stark abhängig).

Eine sehr starke Abhängigkeit ist in allen Altersgruppen am wenigsten vorzufinden. Mit jeweils 13,2% aller 51- bis 60-Jährigen sowie aller über 60-Jährigen (im Vergleich zu 11,3% aller 41- bis 50-Jährigen, 7,5% aller 31- bis 40-Jährigen, 5,0% aller 21- bis 30-Jährigen und 2,4% aller bis 20-Jährigen) sind jedoch deutlich mehr Personen im fortgeschrittenen Alter stark abhängig als im jungen oder mittleren Erwachsenenalter.

Abbildung 47: Grad der Tabakabhängigkeit der Programmteilnehmer nach Fagerström nach Alter

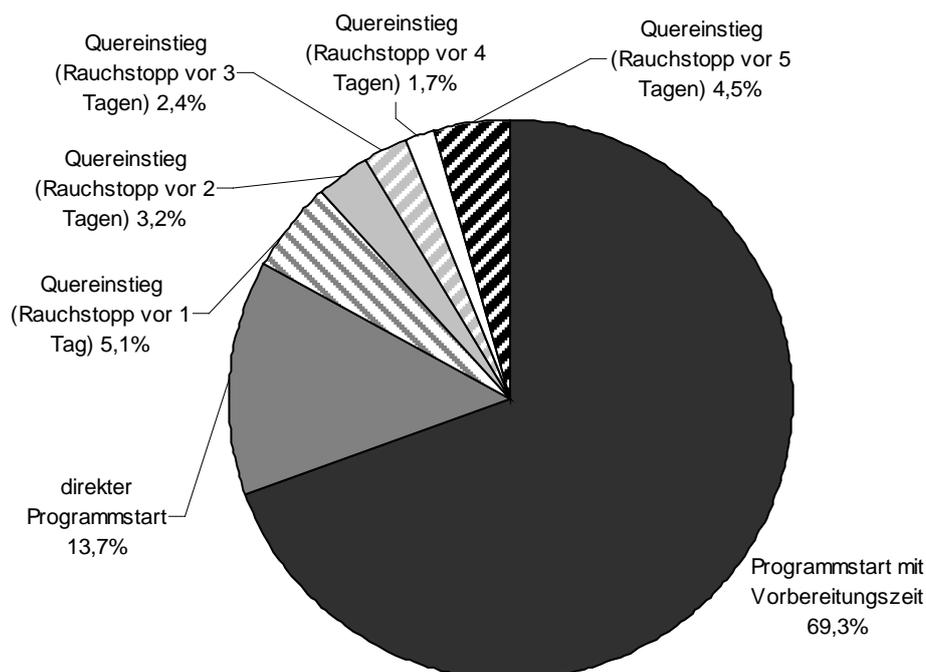


Quelle: eigene Berechnung (n=5.323)

Gewählte Ausstiegsvariante der Programmteilnehmer

Mehr als 2/3 der Nutzerschaft des rauchfrei-Ausstiegsprogramms (69,3%) bevorzugt die reguläre Programmvariante, die nach der Registrierung eine Vorbereitungszeit auf den persönlichen Rauchstopptag vorsieht (siehe Abbildung 48).

Abbildung 48: Verteilung der Programmteilnehmer nach gewählter Ausstiegsvariante bei der Registrierung



Quelle: eigene Berechnung (n=5.332)

Insgesamt 13,7% aller Programmteilnehmer haben bei der Registrierung einen direkten Programmstart gewählt und mit dem Tag ihrer Anmeldung auf das Rauchen verzichtet. Das Angebot eines Quereinstieges wurde von 16,9% der Personen gewählt, wobei der Rauchstopp bei den meisten Quereinsteigern vor einem Tag (5,1%) oder bereits vor 5 Tagen (4,5%) durchgeführt worden ist. Im Vergleich haben etwas weniger Quereinsteiger die Programmvarianten „Rauchstopp von 2 Tagen“ (3,2%), „Rauchstopp vor 3 Tagen“ (2,4%) oder „Rauchstopp vor 4 Tagen“ (1,7%) ausgewählt.

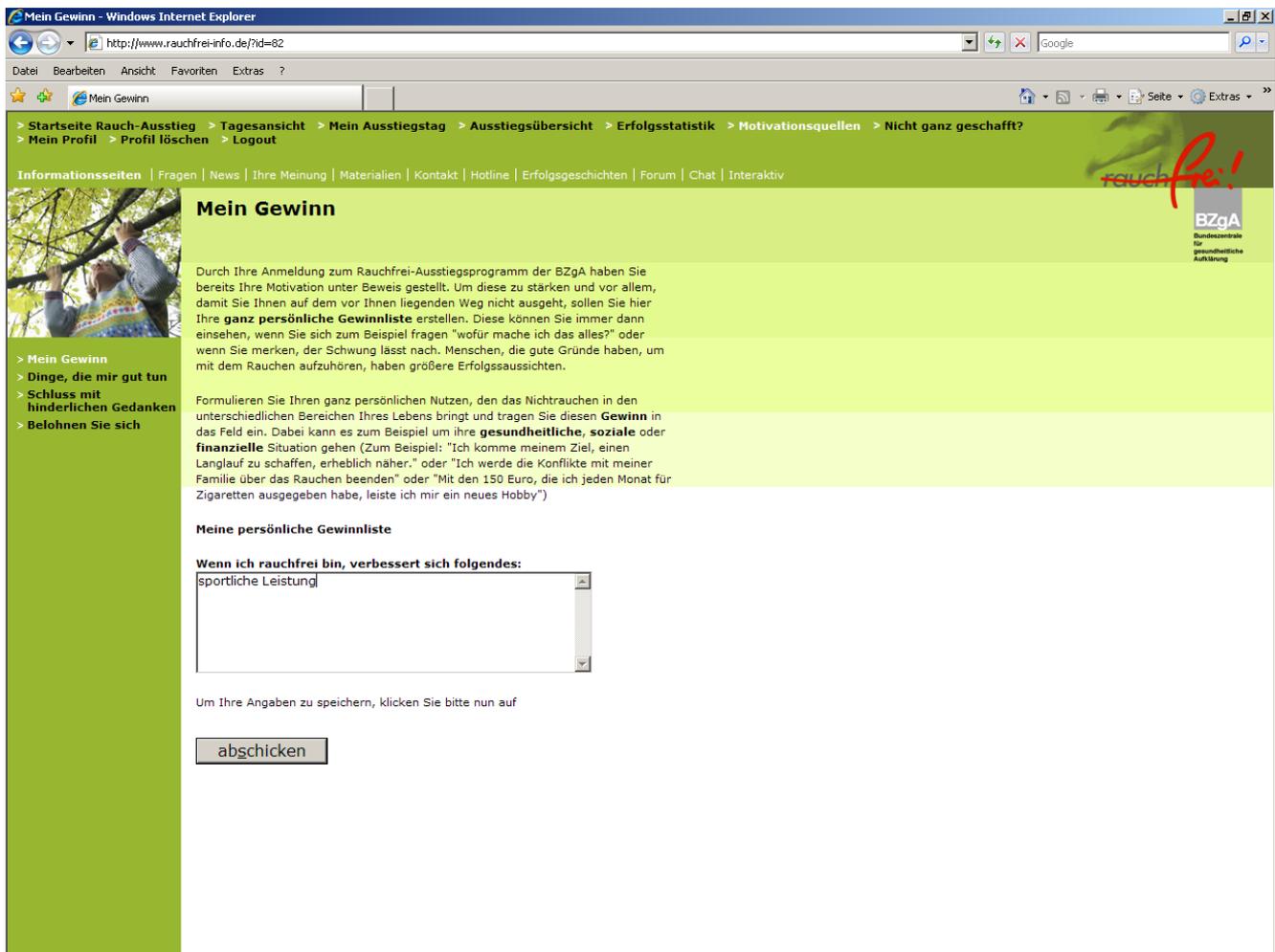
Bei der Analyse geschlechtsspezifischer Unterschiede lassen sich keine nennenswerten Differenzierungen erkennen. Sowohl Frauen (68,9%) als auch Männer (69,7%) wählen mehrheitlich den regulären Programmstart und bevorzugen erst danach eine der fünf Quereinstiegsvarianten (17,1%, aller Frauen; 16,9% aller Männer) oder den direkten Programmstart mit einem Rauchstopp am Tag der Anmeldung (14,1% aller Frauen; 13,4% aller Männer).

Ein Überblick der Ergebnisse, die die in diesem Kapitel deskriptiv analysierten Variablen komprimiert zusammenfasst, ist im tabellarischen Anhang (siehe Tabelle 27) zu finden.

7.4.3 Motivationsquellen für den Rauchstopp

Nach der Anmeldung für das rauchfrei-Ausstiegsprogramm besteht für die registrierten Nutzer die Möglichkeit, sich mit ihren Gründen für den Rauchstopp auseinanderzusetzen und eine persönliche Gewinnliste zu formulieren. Eine entsprechende Seite des Ausstiegsprogramms (siehe Abbildung 49) ruft dazu auf, den Nutzen des Nichtrauchens für sich selbst zu definieren und alle Motivationsquellen einzutragen.

Abbildung 49: Unterseite „Mein Gewinn“ des internetbasierten rauchfrei-Ausstiegsprogramms der BZgA für registrierte Nutzer



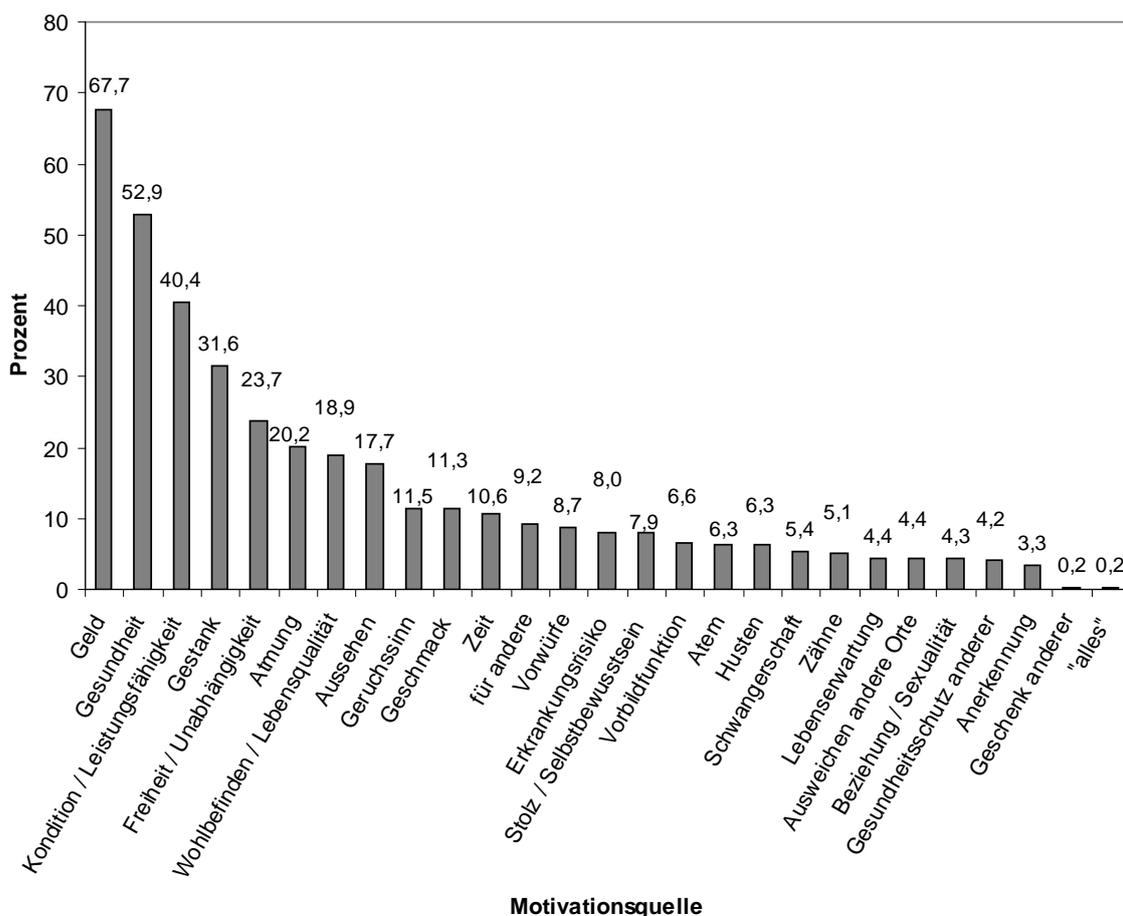
The screenshot shows a web browser window titled "Mein Gewinn - Windows Internet Explorer" with the URL "http://www.rauchfrei-info.de/?id=82". The page is part of the "rauchfrei!" program by BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). The main heading is "Mein Gewinn". The text explains that users can create a "ganz persönliche Gewinnliste" (completely personal profit list) to track the benefits of quitting smoking. It lists categories like "gesundheitliche, soziale oder finanzielle" (health, social, or financial) benefits. Below the text is a form titled "Meine persönliche Gewinnliste" with a sub-heading "Wenn ich rauchfrei bin, verbessert sich folgendes:". The form contains a text input field with the text "sportliche Leistung" and a "abschicken" (send) button. A sidebar on the left contains navigation links: "Mein Gewinn", "Dinge, die mir gut tun", "Schluss mit hinderlichen Gedanken", and "Belohnen Sie sich".

Die Möglichkeit, eine persönliche Gewinnliste anzulegen, nutzten mit 1.260 Personen knapp ¼ aller registrierten User. Die offenen Nennungen, die teilweise stichwortartig und teilweise in Form von ausführlichen Fließtexten aufgeschrieben worden sind, wurden 27 Motivquellen zugeordnet. Diese wiederum lassen sich in 5 Obergruppen zusammenfassen (siehe Tabelle 14 und Abbildung 50).

Tabelle 14: Obergruppen der Motivationsquellen (eigene Darstellung)

Obergruppen	Motivationsquellen
finanzielle Gründe	Geld, Geschenk anderer
gesundheitliche Gründe	Gesundheit allgemein, Atmung, Geruchssinn, Geschmack, Husten, Zähne, Gesundheitsschutz anderer, Schwangerschaft, längere Lebenserwartung, Kondition und Leistungsfähigkeit
psychische Gründe	Freiheit / Unabhängigkeit, Wohlbefinden / Lebensqualität, Stolz / Selbstbewusstsein,
soziale und gesellschaftliche Gründe	Gestank, Aussehen, Zeit, für andere, Vorwürfe, Vorbildfunktion, Ausweichen auf andere Orte, Beziehung / Sexualität, Anerkennung
Senkung des Erkrankungsrisikos	

Abbildung 50: Motivationsquellen für den Rauchstopp



Quelle: eigene Berechnung (n=1.260)

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der monetäre Aspekt die häufigste Motivationsquelle für alle Rauchstoppwilligen ist. Mehr als 2/3 aller Programmuser, die die Frage nach der persönlichen Gewinnliste ausgefüllt haben, sind aufgrund der Geldersparnis zum Rauchstopp bereit. Dabei lassen sich die Ausführungen nach dem Zweck unterscheiden, für die das gesparte Geld in Zukunft eingesetzt werden soll. Während zum Teil für die Erfüllung großer Wünsche wie eine Urlaubsreise („Kann nun doch bald meinen großen Traum von Sonne, Palmen und weißen Strandsand in Erfüllung gehen lassen.“) oder einen neuen PKW („mit dem gesparten Geld werde ich mir ein neues Auto kaufen“) gespart wird, sind für andere Programmnutzer kleinere finanzielle Anreize vorhanden („ich werde mir mit dem gesparten Geld schöne Kleidung kaufen.“; „Platten kaufen“). Einige der registrierten Personen berechnen exakt den erwarteten finanziellen Gewinn („5,45 EUR + 30 Tage = 163,50 EUR - MEHR GELD!!!“) und wollen ihr Geld für andere Menschen („280 [€] monatlich für Daniela einsetzen.“) oder für Unternehmungen mit Freunden, Bekannten oder der Familie („mehr Knete, mit der ich [...] Conny ab & zu etwas Nettes tun kann“) investieren. Für weniger wohlhabende Nutzer ist es das Ziel, den Lebensunterhalt durch die Ersparnis nicht gekaufter Zigaretten besser bestreiten zu können („Durch die gesparten 110 € reicht Einkommen aus Teilzeit-Arbeit wieder besser aus.“).

An zweiter Stelle der wichtigsten Motivationsquellen steht die eigene Gesundheit, auf die 52,9% der User großen Wert legen und als zentralen Gewinn nach dem geplanten Rauchstopp angeben („Meine Gesundheit wird sich steigern!“; „Ich lebe ein gesünderes Leben.“). Dabei wird Gesundheit oftmals als Voraussetzung für eine glückliche Zukunft im Kreise der wichtigsten Bezugspersonen wie Familie, Partner und Freunde angesehen („Ich will gesünder leben um noch viele Jahre mit meiner Frau zusammen glücklich zu sein.“).

Die Verbesserung der Kondition, Konstitution und Leistungsfähigkeit ist für 40,4% essentiell. Dies beinhaltet zum einen sportliche Zielsetzungen, z.B. beim Einzel- („Beim Joggen halte ich länger durch.“) oder Mannschaftssport („ich werde beim Fussball ausdauernder“), und zum anderen eine grundsätzlich bessere Fitness im alltäglichen Leben („Ich werde körperlich leistungsfähiger sein.“; „mehr ausdauer“). Neben der Verbesserung bei regelmäßigen sportlichen Betätigungen werden des Weiteren ehrgeizigere Ziele formuliert, die als Ansporn dienen und das Durchhaltevermögen stärken können („Langlauf (Halbmarathon) schaffen“; „Ich schaffe im September die Besteigung des Mt. Rinjani auf Lombok.“).

Knapp 1/3 aller Auskunftswilligen geben als Motivationsquelle für den Rauchstopp an, den beim Tabakrauch entstehenden Geruch vermeiden zu können, der sich nicht mehr am eigenen Körper („Ich rieche besser - Haut, Haare, Klamotten.“) und in der Umgebung („Wohnung und Büro riecht besser“; „der Duft in meinem Auto“) wieder finden wird. Bei den Antworten fällt auf, dass sowohl Formulierungen wie „Duft“ („Der Duft in meiner Wohnung“) oder „Geruch“ („Kein schlechter Geruch“), als auch negativ besetzte Konnotationen, wie „Gestank“ („Ich werde nicht nach rauch stinken. Meine Freunde werden sich nicht mehr über den Gestank aufregen.“; „Ich werde nicht mehr übel nach Rauch stinken“), gebraucht werden. Angaben wie „meine Kleidung [...] stinkt nicht mehr nach Rauch.“ sind direkt auf die eigene Person bezogen, während andere Aussagen wie „Die Wohnung riecht frischer“ eher den Fokus auf die Unterkunft richten.

Um die Tabakabhängigkeit zu überwinden und ein freies, selbstbestimmtes Leben führen zu können („unabhängig sein“), möchte knapp jeder Vierte (23,7%) mit dem Rauchen aufhören. Dabei werden Begriffe wie „Sucht“, „Zwang“ oder „lästige Fessel“ gebraucht, von denen es sich zu befreien gilt („Ich werde freier sein“). Mit Antworten wie „Ich bin endlich frei - ohne den Hintergedanken - habe ich noch genug zigaretten“ und „Mein Denken dreht sich nicht mehr ums Rauchen“ werden der Suchtdruck und die erwarteten Verbesserungen genauer erläutert.

Neben der allgemeinen Angabe „Gesundheit“ stehen spezifische gesundheitliche Gewinne im Vordergrund. Einer dieser spezifischen gesundheitlichen Gewinne ist für jeden Fünften (20,2%) eine verbesserte Atmung („Ich kann freier atmen“; „Ich bekomme wieder Luft !!!“). User berichten von „Atemnot“, der sie durch einen Rauchstopp entgegenwirken möchten, oder beziehen sich auf eine erhoffte Reduktion von Medikamenten („Ich werde endlich wieder richtig Luft bekommen und weniger Spray brauchen“). Von Bedeutung für die Rauchstoppwilligen ist auch die Verbesserung des Geruchs- und Geschmacksempfindens. Mehr als jede zehnte Person sieht in einem „besseren“, „intensiver[en]“ Geschmack (11,3%) und einem „freie[ren]“ Geruch (11,5%) einen persönlichen Gewinn für sich. Dieser persönliche Gewinn wird zum Teil sehr anschaulich beschrieben: „Ich rieche mehr und intensiver, gerade im Frühling. Oder die wunderbaren Sommerregen. Die herrlichen, bitter-süßen Herbstgerüche. Die filigrane, starke Winterluft.“. Für insgesamt 6,3% bzw. 5,1% der hier betrachteten Programmnutzer sind der Raucherhusten und die Zähne Grund für den Rauchstopp. Mit Aussagen wie „Ich muss morgens nicht mehr husten und räuspern“, „krasser

schrecklicher Husten geht weg“, „Meine Zähne werden weiß und sauber bleiben.“ oder „schönere Zähne“ sollen hier als beispielhafte Nennungen die Hoffnung der User auf Besserung verdeutlichen.

Um an Lebensqualität zu gewinnen und Stimmung wie Wohlbefinden zu verbessern, will fast jeder Fünfte (18,9%) mit dem Rauchen aufhören. Das Selbstwertgefühl („Mein Selbstbewusstsein, da ich nicht mehr abhängig bin“) und die Grundstimmung („Ich fühle mich nicht mehr so niedergeschlagen und müde.“; „Ich werde mich grundlegend besser fühlen.“) werden steigen, so die Wünsche der registrierten Raucher, die kurz vor ihrem Rauchstopp stehen. Ein Gefühl von Elan, Vitalität und Gesundheit („Ich fühle mich einfach gesünder und frischer wenn ich nicht rauche“) wird beschrieben.

Neben dem Gewinn innerer Zufriedenheit sind für 17,7% der Probanden kosmetische Gründe wichtig. Zum einen wird allgemein von Aussehen („Ich sehe besser aus“), Attraktivität („Ich fühle mich attraktiv.“) und „Schönheit“ gesprochen, zum anderen ein direkter Bezug besonders zum Hautbild hergestellt: „Meine Haut strahlt wieder , der Blaustich geht weg“, „Meine Haut kann sich regenerieren“, „Mein Hautbild verbessert sich, farbe, kleinere und saubere Hautporen.“. Dabei spielt explizit eine Rolle, der Hautalterung entgegenwirken zu können, die im Vergleich zu Nichtrauchenden beschleunigt wird („Meine Haut altert nicht schneller als für gewöhnlich“).

Jede zehnte Angabe (10,6%) benennt die Zeit, die durch das Einstellen des Rauchens erspart werden kann. Einige Personen berechnen ihre gewonnene Zeit genau („1,5 Stunden mehr Zeit jeden Tag“) oder beschreiben, dass sie diese Zeit für Hobbies („Ich habe mehr Zeit Für Reiki“) oder andere „Freizeit“, Familie („Ich habe mehr Zeit für meinen Sohn.“) oder Partner („Ich habe viel mehr Zeit, die ich mit meiner Süßen verbringen kann.“) sowie die Arbeit („Mein Tag, ich habe mehr Zeit zu arbeiten“) investieren möchten.

Aus diesen Angaben wird ersichtlich, dass nahe stehende Bezugspersonen eine wichtige Motivationsquelle zum Rauchstopp darstellen und häufiger auch für andere (9,2%) eine Verhaltensänderung angestrebt wird („Selina zur liebe.“; „Ich bin es meiner Mama schuldig“). Viele Raucher wissen, dass sie Familie und Freunden eine große Freude machen würden („Meinem Friend wird es sehr gefallen wenn ich aufhöre.“; „Monika würde sich wahnsinnig freuen“) und haben zum Teil Versprechungen gemacht, die es nun einzuhalten

gilt („Ich habe es versprochen denk an deine kleine familie ich muss“). Auch die Angst der Angehörigen und Freunde bewegt Raucher zu ihrem Entschluss, in Zukunft auf Zigaretten zu verzichten („mein mann ist eine grosse sorge um mich“; „lena freut sich und hat weniger angst“).

Insgesamt 8,7% sind zu einem Rauchstopp motiviert, um Vorwürfe, Konflikte und Diskussionen wegen des Rauchens zu beenden („Es gibt keinen Streit mit Vroni mehr wegen dem Rauchen“). Manche Personen betrachten die Vorwürfe anderer eher kritisch und verbalisieren dies in Aussagen wie „Kein dummes Geschwätz von Karin, Felix, Andy“, während andere die Richtigkeit der Anmerkung anderer erkennen („Muss nicht mehr mit meiner Tochter diskutieren, die ja Recht hat.“). Ein leicht negativer Tenor schwingt auch im Gebrauch von Verben wie „nörgeln“ („mein Mann hört auf rumzunörgeln“) und „meckern“ („henrique hört auf zu meckern“) mit, in denen ein möglicherweise genervter Unterton des Schreibers transportiert wird.

Neben den Konflikten und Diskussionen mit anderen ist für 8,0% der rauchfrei-Programmnutzer wesentlich, dass das eigene Risiko, eine durch das Rauchen verursachte Krankheit zu erleiden, gesenkt wird („Mein Schlaganfallrisiko sinkt). Besonders Krebs ist gehäuft im Bewusstsein („Ich senke mein Risiko Krebs zu bekommen“; „Lungenkrebs + andere Krankheiten werden reduziert!!!“). Die Gefahr aufgrund des Rauchens zu erkranken, löst Ängste und Sorgen aus, die sich nach einem Rauchstopp verringern würden („Angst vor schwerer Krankheit“; „Meine Angst vor einer Krebserkrankung wird geringer.“).

Zudem würde sich nach einem Rauchstopp das Gefühl von Stolz einstellen („Ich werde so stolz auf mich sein.“) und das Selbstbewusstsein erhöht („Ich bekomme wieder mehr Respekt vor mir selbst.“) (Angaben von 7,9%). Einige User wollen ihre eigene Entschlossenheit unterstreichen („ich beweise mir endlich meine willenskraft“) und würden sich „stark“ („Ich zeige mir damit, dass ich stark genug bin auch diese Herausforderung zu schaffen!“) und glaubwürdig fühlen („ich will nicht mehr darüber sprechen, mit dem Rauchen aufzuhören, sondern es tun. Dadurch erreiche ich Glaubwürdigkeit“).

Um „Kindern ein gutes Beispiel“ zu sein und gegenüber dem Nachwuchs die elterliche Vorbildfunktion wahrzunehmen („Ich möchte meinen Sohn ein gutes Vorbild sein und mindestens gesund 70 Jahre alt werden, damit er schon erwachsen ist, wenn ich evtl. dann

sterbe“), möchten 6,6% aller Auskunftswilligen das Rauchen in Zukunft unterlassen. Aber auch berufliche Vorbildfunktionen werden verfolgt: „Bin meinen Patientinnen als Hebamme ein gutes Vorbild und kann zwecks dem Rauchaustieg selber nachvollziehen, wie schwer oder leicht es ist.“.

Ein kleiner Teil will seinen Atem verbessern („Mein Atem wird angenehmer“; „Den man riecht unangenehm, und dass was man ausatmet, riecht unangenehm.“) und durch das Rauchen verursachten Mundgeruch reduzieren („Kein Mundgeruch“) (6,3%) sowie aufgrund einer bestehenden („Meinem baby geht es gut und kommt gesund auf die welt.“) oder in Zukunft erwünschten Schwangerschaft („Ich kann ruhigen Gewissens schwanger werden.“) mit dem Rauchen aufhören (5,4%). Es wird somit ersichtlich, dass der „Kinderwunsch“ und das „Ziel schwanger zu werden“ sowie „die Chance ein gesundes Baby zu bekommen“, Grundlage für einen Rauchstopp sein können.

Von vergleichsweise geringerer Bedeutung (4,4% aller Angaben) ist die Chance auf eine längere Lebenserwartung („Ich lebe länger“; „ich werde nicht so früh sterben“), die besonders mit Blick auf nahe Bezugspersonen wichtig ist („Ich möchte mit meinem Schatzi alt werden“; „Die Wahrscheinlichkeit länger für meine Kinder dazusein ist erheblich“).

Ein kleiner Teil der Äußerungen (4,4%) bezieht sich auf das Ausweichen auf andere Orte für den Tabakkonsum („Ich muss kein Platz zum Rauchen suchen“) und das Rauchen bei widrigen Wetterbedingungen unter freiem Himmel („ich muß nicht ständig ins kalte gehen“). Zudem muss der Nichtraucherbereich nicht für Raucherpausen verlassen werden („Ich kann in Ruhe im Nichtraucherbereich sitzen.“), was vormals zum Teil negative Gefühle hervorgerufen hat („Ich habe es gehasst mich an der Bushaltestelle oder am Bahnhof wegstellen zu müssen, man fühlt sich aufs Abstellgleis gestellt“).

Für 4,3% der Personen wird eine bessere Beziehung zum Partner („Beziehung zu Jana!!!!!!“; „meine beziehung bleibt erhalten“) und eine bessere Sexualität („Wenn ich mit dem rauchen aufhöre, [...] werde [ich] mehr Sex haben!“; „der sex und das verhältniss zu meiner frau“) mit dem Rauchstopp bezweckt. Die Hoffnung besteht, dass als Nichtraucher „bessere Flirtchancen“ und „mehr chancen bei schönen Frauen“ und Männern vorhanden sind, die sich z.B. in der Äußerung „Bessere "Karten" bei Helga.“ widerspiegelt. Unter diesen 4,3% befinden sich vermehrt Angaben, die das Thema „Küssen“ benennen: „Mein süßer Hobbit

wird mich lieber küssen.“; „ich will meine Freundin küssen ohne das alles nach Zigaretten schmeckt, denn ich hasse den Geschmack.“ und „Mein Freund sagt nie wieder beim Küssen, das es nicht schmeckt.“.

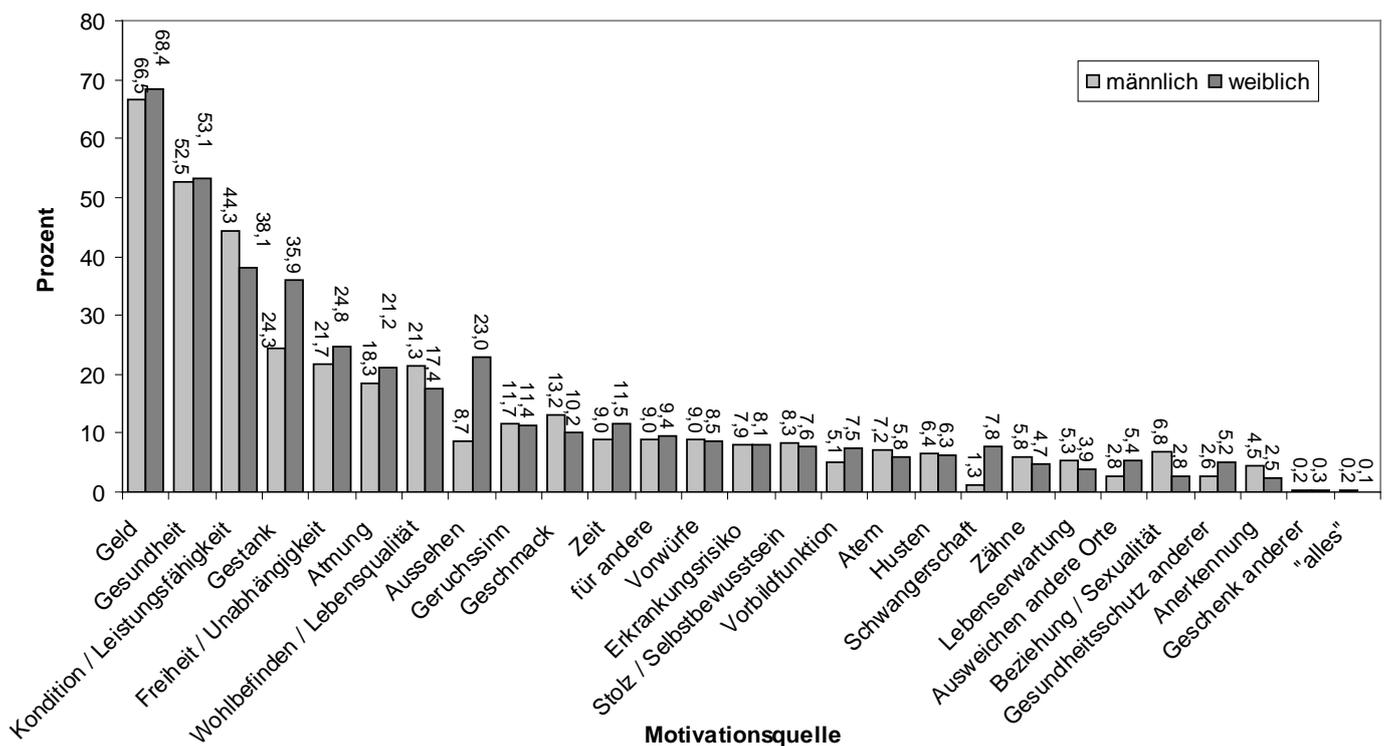
Passivrauchen und der Gesundheitsschutz anderer Personen werden von 4,2% mit Sätzen wie „Nicht mehr andere Leute mit meinem Zigarettenrauch belästigen“, „die Kinder werden nicht mehr "zugenebelt"“ und „außerdem gefährde ich mein Freund und Sohn nicht“ als ausschlaggebend benannt. Bedeutsam sind dabei nicht nur menschliche Lebewesen, sondern auch Haustiere, die der Raucher schützen möchte: „ich qualme weder meine Mitmenschen noch meine Tiere ein“; „Wenn ich aufhöre zu rauchen, werden meine Hasen ein besseres, gesünderes Leben führen.“.

Die von anderen Personen erwartete Rückmeldung in Form von Respekt, Stolz und Anerkennung ist für einen geringen Anteil (3,3%) wichtig („Meine Kinder sind stolz auf mich und Theresa sagt mir nicht immer, dass sie ja auch keinen Daumen mehr nimmt.“; „Ich bekomme Anerkennung von meinen Freunden.“), ebenso wie versprochene Geschenke als Anreiz zum Rauchstopp (0,2%) („meiner Patenonkel bezahlt eine Belohnung.“; „Ich bekomme einen Laptop von Opa“). Zwei Personen pauschalisieren und geben an, dass „alles“ besser wird.

Auffällig ist, dass das Textfeld zur Beschreibung der eigenen Motivationsquellen von einigen Usern als Bereich zur Eigenansprache und zum Selbstappell genutzt wird. Kurze Ansprachen zur Selbstmotivation wie „DURCHHALTEN, BITTE!!“ oder „Ich schaffe es!“ sind ebenso zu finden wie etwas ausführlichere Statements zur persönlichen Motivation: „DU KANNST UND WILLST EINFACH NICHT FÜR IMMER RAUCHEN! und den Tag zum Aufhören kannst du nicht dauernd verschieben.“ und „Jeder rauchfreie Tag bringt mich meinen Lebenszielen näher. Ich bin auf dem richtigen Weg! ***** Jeder Tag, an dem ich stark geblieben bin, wird mich immer stärker machen! ***** Ich kann dem Verlangen widerstehen - es geht wieder vorbei. Ich will nicht mehr“. Zudem werden, wie diese Beispiele zeigen, visuelle und stilistische Mittel eingesetzt, die die Relevanz des Geschriebenen optisch unterstreichen. Durch eine Schreibweise in Großbuchstaben, durch Sternchen oder auch Smileys („Ich muß mich nicht mehr mit Lisa auseinandersetzen :-))“) verdeutlicht der Schreiber das Formuliert durch zusätzliche Anreize.

Von der Mehrheit der Befragten abweichend fallen einige Äußerungen auf, die als Einzelstatements im Folgenden näher betrachtet werden. In einem Fall scheint der Schreiber erkannt zu haben, dass ein Zusammenhang zwischen seinem Tabak- und Alkoholkonsum besteht und formuliert mit seiner Aussage „Ich trinke weniger Alkohol.“ eine Motivation, die zwei legale Alltagsdrogen betrifft. Auch schlechte Erfahrungen („Möchte nicht so enden wie mein Vater.“) oder der Wunsch nach Gewichtszunahme („Ich nehme hoffentlich zu und habe hoffentlich in Zukunft mehr als 42 Kilo!“) stellen Punkte einer persönlichen Gewinnliste dar. Mit Sätzen wie „Ich grenze mich ab von den ganzen Idioten, die diesem sinnlosen Laster frönen, weil sie einfach zu schwach sind. Smoking is lower class behavior!“ beschreibt eine registrierte Person eine diskriminierende Ansicht Rauchern gegenüber und stuft Tabakkonsum pauschal als ein Unterschichtenphänomen ein.

Abbildung 51: Motivationsquellen für den Rauchstopp nach Geschlecht



Quelle: eigene Berechnung (Männer n=469; Frauen n=791)

Diese Auswertung der Motivationsquellen ausstiegswilliger Raucher macht deutlich, dass mit den Faktoren „mehr Geld“, „bessere Gesundheit“ und „verbesserte Kondition und Leistungsfähigkeit“ die drei wichtigsten Gründe für einen Rauchstopp vorliegen. Während für etwa gleich viele Männer wie Frauen „Geld“ und „Gesundheit“ wesentlich sind, bestehen bei

der „Kondition und Leistungsfähigkeit“ geschlechtsspezifische Unterschiede dahingehend, als dass mehr Männer diese Punkte angeben (38,1% Frauen vs. 44,3% Männer) (Abbildung 51).

Weitere auf den ersten Blick erkennbare Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich in folgenden Bereichen: 1) Der durch den Tabakkonsum ausgelöste Gestank (24,3% Männer vs. 36,9% Frauen), 2) ein attraktives Äußeres (8,7% Männer vs. 23,0% Frauen), 3) eine Vorbildfunktion (5,1% Männer vs. 7,5% Frauen), 4) die bevorstehende Familienplanung oder eine aktuelle Schwangerschaft (1,3% Männer vs. 7,8% Frauen), 5) das Ausweichen auf andere Orte für das Rauchen (2,8% Männer vs. 5,4% Frauen) und 6) der Schutz der Gesundheit anderer Personen, die passiv mitrauchen müssten, (2,6% Männer vs. 5,2% Frauen) ist für mehr Frauen wichtig als für Männer. Im Gegensatz bewerten mehr Männer als Frauen die Aspekte „Beziehung / Sexualität“ (6,8% Männer vs. 2,8% Frauen) und „Anerkennung“ (4,5% Männer vs. 2,5% Frauen) als relevant. Um diese augenscheinlich vorhandenen Unterschiede bzw. den Zusammenhang zum Geschlecht zu überprüfen, wurde die Signifikanz getestet:

Basierend auf dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson stellt sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern in einigen dieser Bereiche als signifikant ($p \leq 0,05$) bis höchst signifikant ($p \leq 0,001$) dar: So geben höchst signifikant mehr Frauen 1) ihr Aussehen, ihre Haut und Attraktivität ($p \leq 0,001$), 2) den durch ihren Tabakkonsum ausgelösten Gestank ($p \leq 0,001$) und 3) den Schutz eines ungeborenen Kindes oder bevorstehende Familienplanung ($p \leq 0,001$) als Motivationsquelle an. Signifikante Chi-Quadrat-Werte ergeben sich für Frauen zudem 4) beim Schutz anderer vor den Gefahren des Passivrauchens ($p = 0,025$) und 5) beim Ausweichen des Rauchens zuliebe nach draußen oder in andere Örtlichkeiten ($p = 0,027$). Im Vergleich zum weiblichen Geschlecht messen Männer sehr signifikant häufiger dem Bereich „Sexualität / Beziehung“ ($p \leq 0,001$) und signifikant häufiger der Motivationsquelle „Kondition und Leistungsfähigkeit“ ($p = 0,025$) eine Bedeutung zu. Die Überprüfung aller weiteren Motivationsquellen in Hinblick auf Geschlechterunterschiede erzielten keine signifikanten Ergebnisse.

Nachdem in Kapitel 7.4.1 bis 7.4.3 alle registrierten Personen betrachtet worden sind, wird in den nachfolgenden Kapiteln der Fokus auf jene Teilnehmer gelegt, die sich an den Nachbefragungen beteiligt haben. Daher folgt in Kapitel 7.4.4 eine Beschreibung der Befragungsteilnehmer, um anschließend die Wirksamkeit des Ausstiegsprogramms zu evaluieren.

7.4.4 Beschreibung der Befragungsteilnehmer

Zur Beschreibung der Befragungsteilnehmer und zur Analyse möglicher Unterschiede zwischen Befragungsteilnehmern und Personen, die den Fragebogen nicht beantwortet haben, werden in diesem Kapitel die Stichprobenparameter der Responder und Non-Responder beim 6-Monats-Follow-Up sowie die Stichprobenparameter der Responder und Non-Responder beim 12-Monats-Follow-Up dargestellt (siehe Tabelle 15). Es werden die Stichprobenparameter Geschlecht, Alter, Konsummenge vor Programmbeginn, Anteil starker Raucher vor Programmbeginn und Fagerström-Wert verglichen. Weitere Merkmale können nicht hinzugezogen werden, da für die Non-Responder ausschließlich die bei der Anmeldung angegebenen Stammdaten vorliegen.

Um Gruppenunterschiede zwischen den Befragungsteilnehmern und den „Non-Respondern“ zu ermitteln, wurden Signifikanztests (Chi-Quadrat-Test, U-Test nach Mann und Whitney aufgrund fehlender Normalverteilung) durchgeführt. Als Irrtumswahrscheinlichkeit wurde ein Alpha-Fehlerniveau von 5% festgelegt.

Tabelle 15: Merkmale der Responder und Non-Responder im 6- und 12-Monats-Follow-Up

	Responder t1 (n=845) (18,5%)	Non-Responder t1 (n=3.732) (81,5%)	Responder t1 und t2 (n=419)	Non-Responder t1 und t2 (n=4.141)
Geschlecht				
Weiblich	54,0%	49,2% *	54,9%	49,5% *
Alter				
<i>Mittelwert</i>	37,1	34,5*	37,84	34,66*
<i>Standardabweichung</i>	10,157	10,394	10,066	10,371
Konsummenge vor Programmbeginn (Zigaretten pro Tag)				
<i>Mittelwert</i>	19,26	20,45*	18,94	20,33*
<i>Standardabweichung</i>	8,994	8,96	9,470	8,884
Anteil starker Raucher vor Beginn des Programms (über 20 Zigaretten pro Tag)				
	30,8%	36,8%	28,7%	36,2%
Fagerström-Wert				
<i>Mittelwert</i>	4,95	5,38*	4,78	5,35*
<i>Standardabweichung</i>	2,323	2,289	2,377	2,287

*p≤0,05

Quelle: eigene Berechnung

Es zeigt sich, dass unter den Befragungsteilnehmern im 6-Monats-Follow-Up etwas mehr Frauen sind (54,0% weibliche Responder vs. 49,2% weibliche Non-Responder), der Altersdurchschnitt höher ist (37,1 Jahre vs. 34,5 Jahre), vor Programmbeginn geringfügig weniger Zigaretten geraucht wurden (19,25 Zigaretten pro Tag vs. 20,45 Zigaretten pro Tag),

der Anteil starker Raucher, die 20 oder mehr Zigaretten pro Tag konsumiert haben, niedriger ist (30,8% vs. 36,8%) und auch die Abhängigkeitsstärke nach Fagerström etwas geringer ausfällt (4,95 vs. 5,38). Ein nahezu identisches Bild zeigt sich auch beim Vergleich derjenigen Programmteilnehmer, die sowohl am 6- als auch am 12-Monats-Follow-Up teilgenommen haben, mit jenen Personen, die sich beim 6- und 12-Monats-Follow-Up nicht äußerten (siehe Tabelle 15).

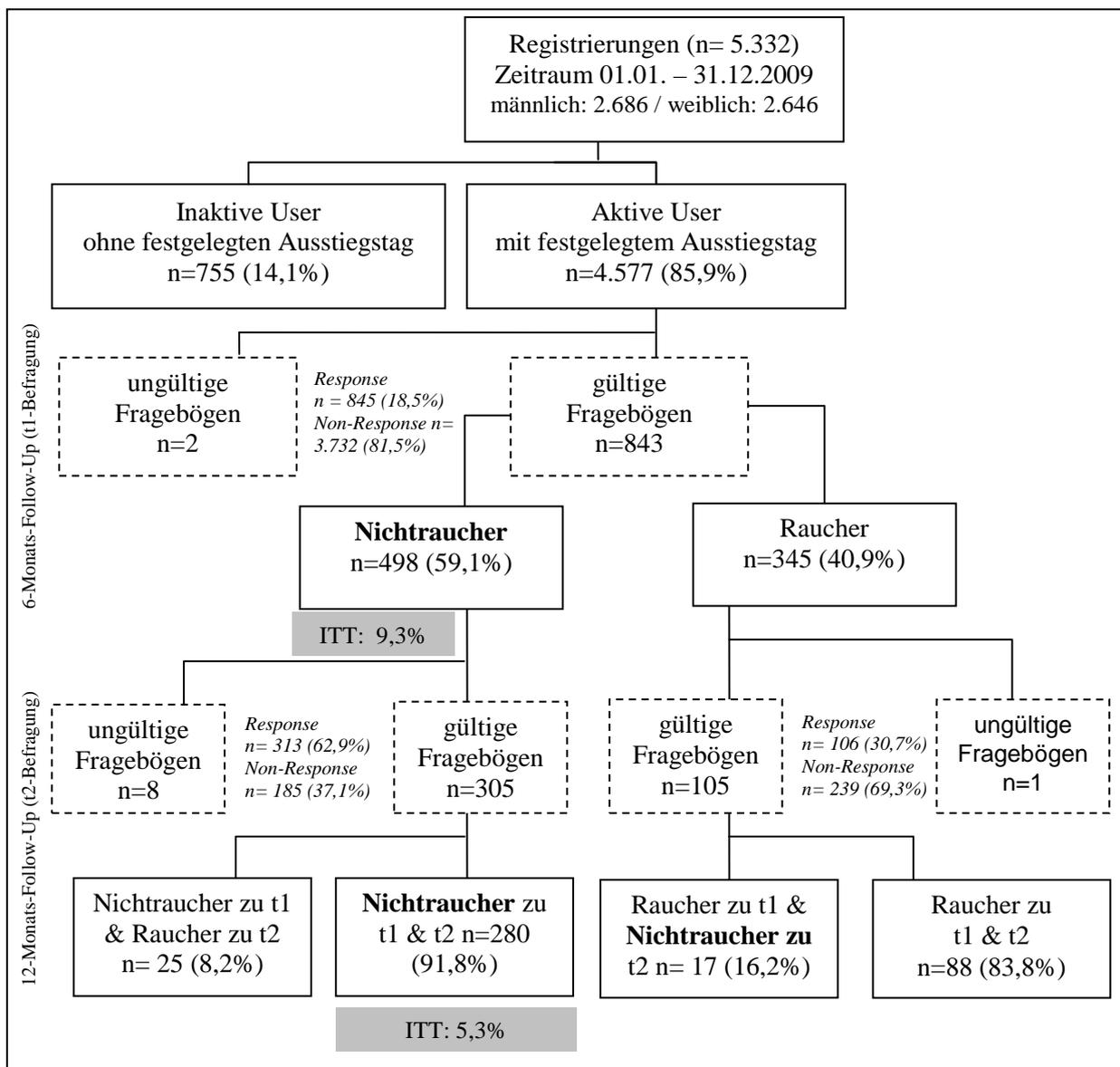
Die statistische Überprüfung der Gruppen zeigt, dass es signifikante, allerdings geringfügige Abweichungen ($p \leq 0,05$) zwischen den Respondern und den Non-Respondern gibt. Personen, die über die Befragungen nicht erreicht werden konnten, sind etwas jünger, etwas häufiger stark abhängig und vor Programmbeginn häufiger starke Raucher als die Responder. Zudem rauchen Non-Responder vor Programmbeginn etwas mehr Zigaretten pro Tag. Männer konnten weniger häufig erreicht werden als Frauen.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass sich die Gruppen der Responder und Non-Responder leicht voneinander unterscheiden. Die relativ geringen Abweichungen bestätigen jedoch, dass es sich bei den Respondern um eine Stichprobe handelt, die ein vergleichsweise gutes Bild der Teilnehmer des rauchfrei-Ausstiegsprogramms widerspiegelt.

7.4.5 Wirksamkeit des internetbasierten Ausstiegsprogramms

Die Wirksamkeit des internetbasierten Ausstiegsprogramms lässt sich an den registrierten Personen messen, die es geschafft haben, langfristig rauchfrei zu sein. Zu Grunde liegt die Frage nach dem eigenen Status „Raucher“ vs. „Nichtraucher“ („Wie würden Sie sich heute bezeichnen: Als Raucher oder als Nichtraucher?“). Vor diesem Hintergrund wird der Rauchstatus 6 und 12 Monate nach Programmanmeldung auf Basis einer Selbsteinschätzung der Programmteilnehmer in Abbildung 52 betrachtet:

Abbildung 52: Wirksamkeit des rauchfrei-Ausstiegprogramms 6 und 12 Monate nach Programmanmeldung auf Basis der Selbsteinschätzung der Programmteilnehmer



Quelle: eigene Berechnung (n=5.332)

Sechs Monate nach Anmeldung für das rauchfrei-Ausstiegsprogramm gaben von den 5.332 registrierten Usern 843 Personen mit festgelegtem Ausstiegstag in der t1-Nachbefragung über ihren aktuellen Rauchstatus Auskunft („gültiger Fragebogen“). Insgesamt 498 Befragungsteilnehmer (59,1%), d.h. mehr als die Hälfte aller Befragungsteilnehmer, stufen sich als „Nichtraucher“ ein, folglich 345 als „Raucher“.

Zwölf Monate nach Programmanmeldung zählten sich 297 Personen zu den Nichtrauchern. Davon geben 280 User zu beiden Befragungszeitpunkten an, rauchfrei zu sein. 17 Personen waren nach sechs Monaten nicht rauchfrei, waren es jedoch nach zwölf Monaten. Im Detail betrachtet ergibt sich folgendes Bild: Während von den Befragten, die sich im t1-Fragebogen als „Nichtraucher“ bezeichnet haben, in der t2-Befragung 280 erneut angeben, „Nichtraucher“ zu sein, kategorisieren sich nur 25 Personen als „Raucher“. Für die weiteren 185 Personen, liegen keine Angaben vor. Auch von denjenigen, die im t1-Fragebogen angegeben haben, Raucher zu sein, hat ein Großteil nicht an der t2-Befragung teilgenommen. Diejenigen, die teilgenommen und die Frage nach dem Rauchstatus beantwortet haben, sind mehrheitlich weiterhin Raucher (88 Personen). Allerdings haben die bereits oben aufgeführten 17 Personen einen Rauchstopp nach der zweiten Befragung geschafft und bezeichnen sich aktuell als „Nichtraucher“.

Zur Überprüfung der Programmwirksamkeit wird, wie bereits im Vorfeld erläutert, die ITT-Analyse als Erfolgsmaß herangezogen: Werden die insgesamt 297 erfolgreichen Aussteiger, die zwölf Monate nach Programmnutzung angeben „Nichtraucher“ zu sein, mit den 5.332 registrierten Personen ins Verhältnis gesetzt, so ergibt sich ein ITT-Wert in Höhe von 5,6% (Berechnung: $100 \cdot 297 / 5.332 = 5,6\%$). Werden nur diejenigen 280 Programmteilnehmer betrachtet, die zu beiden Befragungszeitpunkten angeben, Nichtraucher zu sein, so ergibt sich ein **ITT-Wert von 5,3%** (Berechnung: $100 \cdot 280 / 5.332 = 5,3\%$). **Das bedeutet, dass etwa jeder 20. Programmteilnehmer einen dauerhaften Rauchstopp vollzogen hat und sich ein Jahr nach Programmanmeldung als „Nichtraucher“ bezeichnet.**

Analog zu dieser Berechnung kann auch die Wirksamkeit des Programms nach sechs Monaten betrachtet und der ITT-Wert auf Basis der Ergebnisse der t1-Befragung ermittelt werden. Da sechs Monate nach Programmanmeldung 498 Nichtraucher ermittelt wurden, beläuft sich der **ITT-Wert auf 9,3%** (Berechnung: $100 \cdot 498 / 5.332 = 9,3\%$) – ein Wert, der aufgrund der höheren Anzahl an teilnehmenden nichtrauchenden Personen folglich größer ist

als nach zwölf Monaten. **Knapp jeder zehnte Programmteilnehmer ist sechs Monate nach Programmanmeldung dementsprechend rauchfrei.**

Werden nicht alle Registrierungen berücksichtigt, sondern nur die Personen, die sich an der jeweiligen Befragung beteiligt haben, so ergibt sich – aufgrund der kleineren Fallzahl – eine bessere Programmeffektivität:

Da die t1-Befragung insgesamt 843 Programmteilnehmer beantwortet sowie einen gültigen Fragebogen eingereicht haben und davon 498 als „Nichtraucher“ gelten, ergibt sich eine Programmwirksamkeit in Höhe von 59,1% (Berechnung: $100 \cdot 498 / 843 = 59,1\%$). **Mehr als jeder zweite Befragungsteilnehmer ist dementsprechend sechs Monate nach Programmanmeldung erfolgreicher Nichtraucher.**

Für die t2-Befragung ergibt sich mit 410 gültigen Befragungsteilnehmern, davon 280 Personen zu beiden Befragungszeitpunkten mit Status „Nichtraucher“, eine Erfolgsquote in Höhe von 68,3% (Berechnung: $100 \cdot 280 / 410 = 68,3\%$). **Das bedeutet, dass 2/3 aller t2-Befragungsteilnehmer zwölf Monate nach Programmanmeldung zu beiden Befragungszeitpunkten angeben rauchfrei zu sein.**

Diese zwei letzten Berechnungen machen deutlich, dass es zu enormen Verzerrungen kommen kann, wenn nur die Personen betrachtet werden, die die zugrunde liegende Befragung auch beantwortet haben. Ausgeklammert wird die große Anzahl an Programmteilnehmern, die sich nicht an den Befragungen beteiligt haben. Die Vermutung liegt nahe, dass kein dauerhafter Rauchstopp erzielt wurde und somit die Motivation zum Ausfüllen des Fragebogens nicht vorhanden war. Auch Scham oder Unlust, sich über den vermutlich als Misserfolg erlebten Rauchstoppversuch zu äußern, können Gründe sein. Um einen derartigen Bias auszuschließen, wird weiterhin die konservativere ITT-Analyse im Fokus stehen.

Um ein differenzierteres Bild der Wirksamkeit des rauchfrei-Ausstiegsprogramms zu bekommen und zu analysieren, wie sich erfolgreiche und nicht erfolgreiche User voneinander unterscheiden, werden in Tabelle 15 zentrale Merkmale rauchfreier und nichtrauchfreier Programmteilnehmer aus dem 6-Monats-Follow-Up und aus dem 12-Monats-Follow-Up miteinander verglichen. Dabei werden alle Variablen einbezogen, die bereits bei der

Zusammensetzung der Nutzerschaft für die Grundgesamtheit betrachtet worden sind (siehe Kapitel 7.4.1). In die zweite und dritte Spalte der Tabelle sind die Ergebnisse des 6-Monats-Follow-Up eingegangen, die getrennt nach rauchfreien Personen (Spalte 2) (n=498) und nicht rauchfreien Personen (Spalte 3) (n=345) aufgeführt werden. Hier werden alle Programmteilnehmer einbezogen, die als aktive User mit festgelegtem Ausstiegstag gelten und einen gültigen Fragebogen beim 6-Monats-Follow-Up eingereicht haben. In der vierten und fünften Spalte sind rauchfreie und nicht rauchfreie Personen vermerkt, die im internetbasierten rauchfrei-Programm einen Ausstiegstag festgelegt (=aktive User) und im 6- sowie 12-Monats-Follow-Up einen gültigen Fragebogen eingereicht haben. Spalte 4 gibt nur Ergebnisse der Programmnutzer wider, die zu beiden Befragungszeitpunkten angeben Nichtraucher zu sein (n=280). In Spalte 5 finden sich all jene Programmteilnehmer, die einerseits zu beiden Befragungszeitpunkten nicht rauchfrei gewesen sind (n=88) oder andererseits zum ersten Befragungszeitpunkt rauchfrei und zum zweiten Befragungszeitpunkt nicht mehr rauchfrei (n=25) waren.

Tabelle 16: Merkmale rauchender und nichtrauchender Personen im 6- und 12-Monats-Follow-Up (Anzahl und Prozent)

	Status „Nichtraucher“ zu t1 (n=498) (59,1%)	Status „Raucher“ zu t1 (n=345) (40,9%)	Status „Nichtraucher“ zu t1 und t2 (n=280)	Status „Raucher“ zu t2 (n=113)
Geschlecht				
Männlich	246 (49,4%)	142 (41,2%)	138 (49,3%)	40 (35,4%)
Weiblich	252 (50,6%)	203 (58,8%)	142 (50,7%)	73 (64,6%)
Alter				
bis 20 Jahre	8 (1,6%)	10 (2,9%)	4 (1,4%)	3 (2,7%)
21 bis 30 Jahre	159 (32,0%)	101 (29,3%)	92 (32,9%)	18 (15,9%)
31 bis 40 Jahre	158 (31,8%)	82 (23,8%)	85 (30,5%)	26 (23,0%)
41 bis 50 Jahre	129 (26,0%)	106 (30,7%)	71 (25,4%)	45 (39,8%)
51 bis 60 Jahre	38 (7,6%)	42 (12,2%)	26 (9,3%)	20 (17,7%)
61 Jahre und älter	5 (1,0%)	4 (1,2%)	1 (0,4%)	1 (0,9%)
<i>Mittelwert</i>	36,48	37,81	36,49	41,09
<i>Standardabweichung</i>	9,73	10,73	9,64	10,27
Alter des Konsumbeginns				
bis 15 Jahre	228 (45,9%)	162 (47,2%)	138 (49,5%)	55 (49,1%)
16 bis 20 Jahre	195 (39,2%)	133 (38,8%)	98 (35,1%)	43 (38,4%)
21 bis 30 Jahre	46 (9,3%)	27 (7,9%)	30 (10,8%)	6 (5,4%)
31 bis 40 Jahre	23 (4,6%)	15 (4,4%)	12 (4,3%)	7 (6,3%)
über 40 Jahre	5 (1,0%)	6 (1,7%)	1 (0,4%)	1 (0,9%)
<i>Mittelwert</i>	17,56	17,40	17,34	17,30
<i>Standardabweichung</i>	6,06	6,41	5,54	6,23

	Status „Nichtraucher“ zu t1 (n=498) (59,1%)	Status „Raucher“ zu t1 (n=345) (40,9%)	Status „Nichtraucher“ zu t1 und t2 (n=280)	Status „Raucher“ zu t2 (n=113)
Konsumjahre				
bis 2 Jahre	18 (4,1%)	14 (4,5%)	9 (3,6%)	4 (3,7%)
3 bis 5 Jahre	14 (3,2%)	7 (2,3%)	12 (4,8%)	0
6 bis 10 Jahre	56 (12,8%)	26 (8,4%)	30 (12,0%)	9 (8,4%)
11 bis 15 Jahre	86 (19,6%)	67 (21,8%)	51 (20,4%)	11 (10,3%)
16 bis 20 Jahre	60 (13,7%)	33 (10,7%)	28 (11,2%)	12 (11,2%)
über 20 Jahre	204 (46,6%)	161 (52,3%)	120 (48,0%)	71 (66,4%)
<i>Mittelwert</i>	18,93	20,42	19,18	23,83
<i>Standardabweichung</i>	10,37	11,10	10,51	11,07
Konsummenge vor Programmbeginn (Zigaretten pro Tag)				
0 - 5 Zigaretten	35 (7,0%)	31 (9,0%)	17 (6,1%)	6 (5,3%)
6 - 10 Zigaretten	57 (11,4%)	46 (13,3%)	32 (11,4%)	18 (15,9%)
11 - 15 Zigaretten	114 (22,9%)	48 (13,9%)	62 (22,1%)	21 (18,6%)
16 - 20 Zigaretten	156 (31,3%)	106 (30,7%)	92 (32,9%)	31 (27,4%)
21 - 25 Zigaretten	71 (14,3%)	59 (17,1%)	40 (14,3%)	15 (13,3%)
> 25 Zigaretten	65 (13,1%)	55 (15,9%)	37 (13,2%)	22 (19,5%)
<i>Mittelwert</i>	18,96	20,00	19,10	19,97
<i>Standardabweichung</i>	8,93	8,80	9,17	9,67
Anteil starker Raucher vor Beginn des Programms (über 20 Zigaretten pro Tag)				
	136 (27,4%)	114 (33,0%)	77 (27,5%)	37 (32,8%)
Fagerström-Wert				
Geringe Abhängigkeit	126 (25,3%)	73 (21,2%)	70 (25,0%)	30 (26,5%)
Mittlere Abhängigkeit	261 (52,4%)	168 (48,7%)	149 (53,2%)	53 (46,9%)
Starke Abhängigkeit	85 (17,1%)	79 (22,9%)	48 (17,1%)	19 (16,8%)
Sehr starke Abhängigkeit	26 (5,2%)	25 (7,2%)	13 (4,6%)	11 (9,7%)
<i>Mittelwert</i>	4,78	5,19	4,70	5,11
<i>Standardabweichung</i>	2,31	2,33	2,35	2,48
Ausstiegsvariante				
regulärer Programmstart (mit Vorbereitungszeit)	215 (43,2%)	238 (69,0%)	124 (44,3%)	70 (61,9%)
direkter Programmstart (Tag der Anmeldung ist Rauchstopptag)	88 (17,7%)	44 (12,8%)	47 (16,8%)	17 (15,0%)
Quereinstieg (Rauchstopp vor 1 Tag)	61 (12,2%)	24 (7,0%)	33 (11,8%)	8 (7,1%)
Quereinstieg (Rauchstopp vor 2 Tagen)	19 (3,8%)	10 (2,9%)	12 (4,3%)	2 (1,8%)
Quereinstieg (Rauchstopp vor 3 Tagen)	35 (7,0%)	6 (1,7%)	17 (6,1%)	5 (4,4%)
Quereinstieg (Rauchstopp vor 4 Tagen)	19 (3,8%)	4 (1,2%)	11 (3,9%)	1 (0,9%)
Quereinstieg (Rauchstopp vor 5 Tagen)	61 (12,2%)	19 (5,5%)	36 (12,9%)	10 (8,8%)

Quelle: eigene Berechnung

Geschlechtsspezifische Merkmale

Mit Blick auf den Programmerfolg werden geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich. Die Ergebnisse des 6-Monats-Follow-Up besagen, dass sich unter den rauchenden Personen etwas

mehr Frauen (58,8%) befinden als Männer (41,2%). Bei den erfolgreichen Programmteilnehmern, d.h. Personen mit aktuellem Status „Nichtraucher“, lassen sich keine Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Usern erkennen. Knapp die Hälfte dieser User sind Männer (49,4%) und die andere Hälfte Frauen (50,6%). Nach 12 Monaten ist die Geschlechterverteilung bei den Programmteilnehmern, die sich zu t1 und t2 als Nichtraucher bezeichnen, ebenso ausgewogen (49,3% Männer vs. 50,7% Frauen). Ein deutlich anderes Bild ist im 12 Monats-Follow-Up bei den Rauchern erkennbar: Zu den noch immer rauchenden Personen gehören deutlich mehr Frauen (64,6%) als Männer (35,4%).

Altersspezifische Merkmale

Beim Vergleich des Alters der Programmteilnehmer fällt auf, dass die Programmteilnehmer mit Status „Raucher“ zu t1 im Durchschnitt etwa älter sind (Mittelwert 37,81; Standardabweichung 10,73) als die rauchfreien Programmteilnehmer (Mittelwert 36,48; Standardabweichung 9,73): 44,1% aller Personen mit Status „Raucher“ sind 41 Jahre oder älter. Dies trifft hingegen auf nur 34,6% aller Personen mit Status „Nichtraucher“ zu. Offensichtlicher wird dieses Ergebnis bei der Betrachtung des 12-Monats-Follow-Up. Der Mittelwert liegt bei Personen, die zu t1 und t2 angeben Nichtraucher zu sein, bei 36,49 Jahren (Standardabweichung 9,64) und bei Rauchern bei 41,09 Jahren (Standardabweichung 10,27). Besonders deutlich wird der Unterschied z.B. bei den Auswertungen der über 40-Jährigen, zu denen 58,4% aller nicht rauchfreien Teilnehmer und lediglich 35,1% aller Teilnehmer mit Status „Nichtraucher“ zählen.

Alter des Konsumbeginns

Sowohl im 6 Monats- als auch im 12-Monats-Follow-Up hat die Mehrheit aller Programmteilnehmer mit Status „Nichtraucher“ (t1: 85,1%; t2: 84,6%) und mit Status „Raucher“ (t1: 86,0%; t2: 87,5%) bis zu einer Altersgrenze von 20 Jahren mit dem Rauchen angefangen. Die Mittelwerte sind fast identisch und liegen zwischen 17,30 und 17,56.

Konsumjahre

Die deskriptive Auswertung der Konsumjahre lässt einen Zusammenhang zum Programmterfolg vermuten, da die Nichtraucher zu t1 im Durchschnitt 18,93 Jahre (Standardabweichung 10,37) und die User mit Status „Raucher“ 20,42 Jahre (Standardabweichung 11,10) Tabak konsumiert haben. Im Rahmen des 12-Monats-Follow-Up ist der Unterschied eindeutiger, da über 4 Jahre zwischen den Mittelwerten der rauchfreien

(MW: 19,18) und der nicht rauchfreien Personen (MW: 23,83) liegen. Ein geringerer Wert der Konsumjahre scheint somit die Aussicht auf einen nachhaltigen Rauchstopps nach Programmbeendigung zu erhöhen.

Konsummene vor Programmbeginn und Anteil starker Raucher

Ein Vergleich der Mittelwerte verdeutlicht, dass sich die Konsummene vor Programmbeginn wenig auf den Programmterfolg auswirkt: Der Mittelwert der Programmternehmer mit Status „Nichtraucher“ zu t1 beläuft sich auf 18,96 Zigaretten (Standardabweichung 8,93) und der Mittelwert der Programmternehmer mit Status „Raucher“ zum gleichen Zeitpunkt auf nur 1 Zigarette mehr (MW: 20,00; Standardabweichung 8,80). Beim 12-Monats-Follow-Up sind die Unterschiede noch geringer, da die rauchfreien User im Durchschnitt 19,10 Zigaretten (Standardabweichung 9,17) und die nicht rauchfreien User 19,97 Zigaretten (Standardabweichung 9,67) vor Programmbeginn geraucht haben. Erkennbar ist jedoch, dass sich unter den Programmnutzern mit Status „Nichtraucher“ zu beiden Befragungszeitpunkten (t1: 27,4%; t2: 27,5%) weniger starke Raucher befinden, die 20 Zigaretten oder mehr pro Tag konsumiert haben, als unter den nicht rauchfreien Nutzern (t1: 33,0%; t2: 32,8%).

Tabakabhängigkeit (Fagerström-Wert)

Beim Vergleich der Fagerström-Werte zur Berechnung der Tabakabhängigkeit ist erkennbar, dass Personen mit geringeren Fagerström-Werten häufiger Nichtraucher sind als Personen mit höheren Werten. Während von den Programmternehmern mit Status „Nichtraucher“ zu t1 insgesamt 77,7% (t2: 78,2%) eine geringe oder mittlere Abhängigkeit aufweisen und nur 22,3% (t2: 21,75%) eine starke oder sehr starke Abhängigkeit, ist der Anteil der stark oder sehr stark Abhängigen unter den Programmternehmern mit Status „Raucher“ größer (t1: 30,1%; t2: 26,5%) (siehe Tabelle 15).

Ausstiegsvariante

Mit Blick auf die gewählte Ausstiegsvariante kristallisiert sich heraus, dass sowohl im 6- als auch im 12-Monats-Follow-Up die meisten erfolgreichen Rauchaussteiger einen regulären Programmstart mit Vorbereitungszeit gewählt haben (t1: 43,2%; t2: 44,3%). An zweiter Stelle folgte der direkte Programmstart (t1: 17,7%; t2: 15,0%) und erst danach die Quereinsteigsvarianten. Diese Reihenfolge findet sich auch bei den nicht erfolgreichen Programmternehmern wider: Zu beiden Befragungszeitpunkten gehören die meisten Raucher derjenigen Gruppe an, die einen regulären Programmstart gewählt haben (t1: 69,0%; t2:

61,9%). Danach folgen jene Personen, die mit dem direkten Programmstart „Rauchfrei“ begonnen haben (t1: 12,8%; t2: 15,0%). Aus diesen Ergebnissen können keine eindeutigen Rückschlüsse auf den Programmerfolg gezogen werden, da der reguläre Programmstart zum einen mit einer höheren Chance auf einen Programmerfolg einhergeht und zum anderen aber auch bei den nicht erfolgreichen Programmteilnehmern sehr oft vertreten ist.

Regressionsanalyse

Zum jetzigen Zeitpunkt lassen einige der auf den vorhergehenden Seiten berechneten Häufigkeiten einen Zusammenhang zwischen dem Rauchstatus nach Programmbeendigung und den aufgeführten Variablen vermuten. Zur statistischen Überprüfung dieser Vermutung und zur Untersuchung der Art der Zusammenhänge zwischen der abhängigen Variable „Rauchstatus“ und mehreren erklärenden, unabhängigen Variablen (wie zum Beispiel demografische Merkmale) wird als nächster Schritt eine binäre Regressionsanalyse durchgeführt. Es geht um die Frage, welche unabhängigen Variablen die Unterschiede zwischen den Ausprägungen der binären Variable „rauchfrei/nicht rauchfrei“ erklären. Somit werden im Folgenden Gruppenunterschiede zwischen Rauchfrei-Programmtteilnehmern mit Status „Nichtraucher“ und mit Status „Raucher“ untersucht.

Für die Regressionsanalyse sind besonders diejenigen Programmnutzer von Interesse, die zu beiden Befragungszeitpunkten angeben Nichtraucher zu sein. Im Zentrum der folgenden Analyse steht somit die Frage, welche Faktoren einen erfolgreichen, auch nach 12 Monaten andauernden Rauchstopp begünstigen. Daher werden in der Regressionsanalyse als abhängige Variable der Rauchstatus nach 12 Monaten verwendet und nur Personen betrachtet, (1) die sowohl 6 und als auch 12 Monate nach Programmbeendigung angeben Nichtraucher zu sein⁷ oder (2) einen Rauchausstieg nicht geschafft⁸ haben und sich als Raucher bezeichnen.

Es wurden diejenigen Variablen aus dem Datensatz ausgewählt, von denen anzunehmen ist, dass sie Einfluss auf den Rauchstatus nach Programmbeendigung nehmen könnten. Als unabhängige Variablen werden demzufolge Geschlecht, Alter, Alter des Konsumbeginns, Konsummenge vor Programmbeginn, Konsumjahre, Fagerström-Wert, Ausstiegsvariante und die Motivationsquellen „Geld“, „Gesundheit“ sowie „Kondition/Leistungsfähigkeit“ einbezogen (siehe Methodenkapitel 7.3).

⁷ Nichtraucher zu t1 & t2 n=280, d.h. diejenigen Personen, die in Tabelle 15 in Spalte vier dargestellt sind.

⁸ Nichtraucher zu t1 & Raucher zu t2 n=25 sowie Raucher zu t1 & t2 n=88, d.h. diejenigen Personen, die in Tabelle 15 in Spalte fünf dargestellt sind.

Tabelle 17: Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Analyse von Gruppenunterschieden zwischen Programmteilnehmern mit Status „Nichtraucher“ im Vergleich zum Status „Raucher“

Unabhängige Variablen (Regressoren)		Odds Ratio	95%-KI	Signifikanzniveau p-Wert
Geschlecht	männlich	0,54	0,33-0,88	0,013
	weiblich	1		
Alter	Über 40 Jahre	2,79	1,69-4,61	0,001
	40 Jahre oder jünger	1		
Alters des Konsumbeginns	Über 15 Jahre	0,97	0,60-1,57	0,90
	15 Jahre oder jünger	1		
Konsumjahre	Mehr als 10 Konsumjahre	1,08	0,54-2,16	0,82
	10 Konsumjahre oder weniger	1		
Täglicher Zigarettenkonsum vor Programmanmeldung	Über 20 Zigaretten	0,99	0,54-1,80	0,96
	20 Zigaretten oder weniger	1		
Fagerström-Wert	(Sehr)starke Abhängigkeit vorhanden (Fagerström-Wert: 6-10)	1,19	0,68-2,08	0,54
	Mittlere oder geringe Abhängigkeit vorhanden (Fagerström-Wert: 0-5)	1		
Ausstiegsvariante	Regulärer Programmstart (mit Vorbereitungszeit)	1		
	Direkter Programmstart (Tag der Anmeldung = Rauchstopptag)	1,58	0,81-3,06	0,18
	Quereinstieg 1-5 Tage nach dem Rauchstopp	2,67	1,54-4,62	0,001
Motivationsquelle „Geld“	„Geld“ als Motivationsquelle benannt	1,30	0,64-2,63	0,47
	„Geld“ als Motivationsquelle nicht benannt	1		
Motivationsquelle „Gesundheit“	„Gesundheit“ als Motivationsquelle benannt	0,78	0,39-1,56	0,48
	„Gesundheit“ als Motivationsquelle nicht benannt	1		
Motivationsquelle „Kondition/Leistung“	„Kondition/Leistung“ als Motivationsquelle benannt	1,21	0,61-2,40	0,59
	„Kondition/Leistung“ als Motivationsquelle nicht benannt	1		

1=Referenzkategorie

Die Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse (siehe Tabelle 17) zeigen, dass von den überprüften Einflussfaktoren ausschließlich „Geschlecht“ ($p=0,013$), „Altersgruppe“ ($p=0,001$) und die Einstiegsvariante „Quereinstieg“ ($p=0,001$), bei der die User vor Programmbeginn bereits rauchfrei gewesen sind, signifikanten Einfluss auf den Nichtraucherstatus 12 Monate nach Programmanmeldung haben.

Es wird erkennbar, dass weibliche rauchfrei-Programmuser im Vergleich zu Männern 12 Monate nach Programmnutzung eine halb so hohe Chance haben, Nichtraucher zu sein ($OR=0,54$; 95%-KI 0,33-0,88). Die Chance männlicher Programmteilnehmer auf einen dauerhaften Rauchstopp ohne Rückfall in alte Verhaltensmuster ist demnach signifikant größer.

Für Programmteilnehmer, die unter 40 Jahre alt sind, ist die Chance, 12 Monate nach Programmnutzung rauchfrei zu sein, fast dreimal so hoch ($OR=2,79$; 95%-KI 1,69-4,61) wie für User über 40 Jahre. Jüngere Personen scheinen demnach signifikant bessere Chancen auf einen dauerhaften Rauchstopp zu haben und vom Programm zu profitieren.

Bei Personen, die den Quereinstieg in das Ausstiegsprogramm wählen, ist die Chance auf einen dauerhaften Rauchstopp mehr als doppelt so hoch ($OR=2,67$; 95%-KI 1,54-4,62) im Vergleich zu Personen, die im Rahmen der Programmanmeldung die reguläre Einstiegsvariante mit einer Vorbereitungszeit auf den Rauchstopp gewählt haben. Ein Quereinstieg geht im Vergleich zur regulären Einstiegsvariante mit einer 1½-mal so hohen Erfolgchance einher ($OR=1,58$; 95%-KI 0,83-3,06), wobei das Ergebnis nicht signifikant ist. Das bedeutet, dass Personen, die den Quereinstieg in das Programm wählen, am erfolgreichsten abschneiden und im Vergleich zu Personen mit anderen Einstiegsvarianten mit höherer Wahrscheinlichkeit einen dauerhaften Rauchstopp schaffen.

Mit Blick auf die Odds Ratios der anderen unabhängigen Variablen können zusätzlich folgende Aussagen zur Programmwirksamkeit gemacht werden:

Es konnte kein Zusammenhang zwischen der Dauer des Tabakkonsums und dem Programmerfolg festgestellt werden. Programmteilnehmer, die 10 oder weniger Jahre Tabak konsumieren, haben keine höhere Chance ($OR=1,08$; 95%-KI 0,54-2,16) auf einen erfolgreichen Programmabschluss als Personen, die mehr als 10 Jahre rauchen. Dies trifft

auch auf das Alter des Konsumbeginns zu, bei dem kein Zusammenhang zu einer erfolgreichen Programmteilnahme besteht. Personen, die vor oder nach ihrem 15. Lebensjahr mit dem Rauchen angefangen haben, unterscheiden sich 12 Monate nach Programmnutzung nicht hinsichtlich ihres Raucherstatus. Weder in der einen noch in der anderen Gruppe befinden sich mehr Nichtraucher. Die Vermutung, dass Personen, die bis zu einem Alter von 15 Jahren mit dem Rauchen begonnen haben, weniger häufig den Status „Nichtraucher“ innehaben als Personen, die ihren Tabakkonsum in einem Alter über 15 Jahren begonnen haben, konnte nicht bestätigt werden (OR=0,97; 95%-KI 0,60-1,57).

In der Tendenz wird erkennbar, dass sehr stark oder stark abhängige Raucher etwas geringere Ausstiegschancen haben. Für Personen, die einen Fagerström-Wert unter 6 aufweisen und somit leicht oder mittelmäßig abhängig sind, ist die Chance eines erfolgreichen Programmabschlusses 1,19-mal größer (OR=1,19; 95%-KI 0,68-2,08) als bei stärker abhängigen Rauchern, bei denen ein Fagerström-Wert von 6 oder mehr ermittelt wurde. Anzumerken ist jedoch, dass es sich hierbei um kein signifikantes Ergebnis handelt.

Bei der Betrachtung des Nichtraucherstatus 12 Monate nach Programmnutzung in Abhängigkeit von den persönlichen Motivationsquellen für einen Rauchstopp ist zu erkennen, dass die Angabe „Verbesserung der Gesundheit“ mit einer etwas höheren Erfolgchance einhergeht und Personen, die diesen Grund nicht aufführen, leicht geringere Aussichten auf Erfolg (OR=0,78; 95%-KI 0,39-1,56) haben. Anders sieht es bei Personen aus, die als Motivationsquelle „Geldersparnis“ oder „Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Kondition“ angeben: So ist die Erfolgchance bei Usern ohne monetäre Beweggründe 1,3-mal höher (OR=1,30; 95%-KI 0,64-2,63) und bei Usern, die nicht aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit und Kondition einen Rauchstopp unternehmen, 1,21-mal höher (OR=1,21; 95%-KI 0,61-2,40). Diese Zusammenhänge sind statistisch allerdings nicht signifikant.

Ein Zusammenhang zwischen der Konsummenge und dem Programmerfolg konnte nicht festgestellt werden. Für Personen, die zu Programmbeginn weniger als 20 Zigaretten pro Tag geraucht haben, ist die Chance eines erfolgreichen Programmabschlusses nicht besser oder schlechter (OR=0,99; 95%-KI 0,54-1,79) als bei starken Rauchern, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag konsumiert haben.

Um die erfolgreichen und die nicht erfolgreichen Programmteilnehmer näher zu beschreiben, werden in den nachfolgenden Kapiteln 7.4.6 und 7.4.7 die Antworten beider Personengruppen aus der t1- und t2-Befragung auf die anderen Fragen ausgewertet. In der Analyse enthalten sind einerseits Angaben zum Zeitpunkt des letzten Tabakkonsums, zu Schwierigkeiten bei der Durchführung des Rauchstopps, zum Verlangen nach Tabak sowie zur Motivation Nichtraucher zu bleiben und andererseits Aussagen zu den Gründen für einen nicht durchgeführten Rauchstopp oder für die Wiederaufnahme des Rauchens, zur Konsummene nach Wiederaufnahme des Rauchens oder zur Motivation zum erneuten Rauchstopp.

7.4.6 Beschreibung der Programmteilnehmer mit aktuellem Status „Raucher“

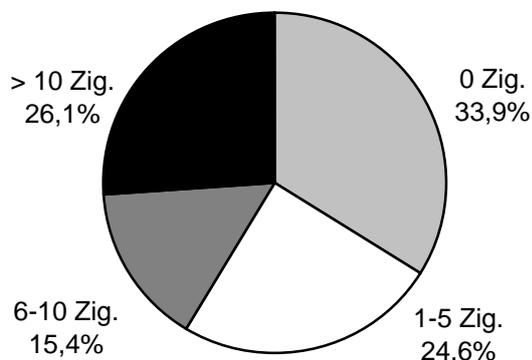
In diesem Kapitel werden alle Programmteilnehmer betrachtet, die einen dauerhaften Rauchstopp nicht geschafft haben und sich zum Zeitpunkt der Nachbefragungen weiterhin als „Raucher“ bezeichnen. Auf den nachfolgenden Seiten werden daher jene Fragen ausgewertet, die sich im 6- und 12-Monats-Follow-Up ausschließlich an die nicht erfolgreichen Programmteilnehmer richten (siehe Kapitel 7.3.3). Einerseits werden diejenigen 345 Personen betrachtet, die zu t1 als „Raucher“, d.h. als nicht rauchfrei gelten und andererseits jene 113 Personen, die in der t2-Befragung angeben Raucher, zu sein. Die 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer setzen sich aus den 88 Personen zusammen, die sich zu beiden Befragungszeitpunkten als Raucher einstufen, und aus den 25 Personen, die zu t1 rauchfrei gewesen sind, sich zu t2 allerdings wieder als Raucher bezeichnen (siehe dazu Abbildung 52 in Kapitel 7.4.5).

Konsummene unmittelbar nach Programmbeendigung

Auf die Frage nach der Konsummene unmittelbar nach Programmbeendigung antworten 1/3 aller nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up mit „0 Zigaretten“ (siehe Abbildung 53).

Abbildung 53: Konsummene unmittelbar nach Programmbeendigung der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

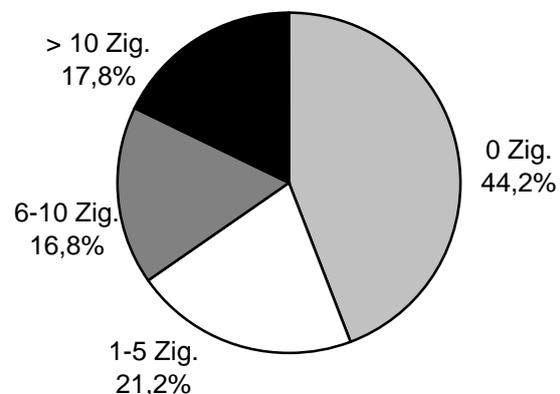
Wie viele Zigaretten haben Sie in den ersten Tagen geraucht, nachdem Sie das Programm beendet haben?



Quelle: eigene Berechnung (n=345)

Abbildung 54: Konsummene unmittelbar nach Programmbeendigung der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Wie viele Zigaretten haben Sie in den ersten Tagen geraucht, nachdem Sie das Programm beendet haben?



Quelle: eigene Berechnung (n=113)

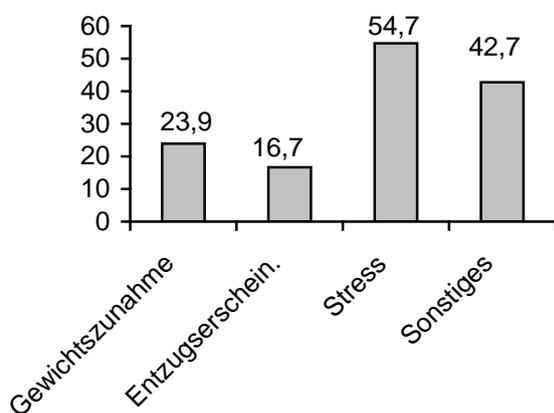
Die restlichen 2/3 aller betrachteten 345 Personen im 6-Monats-Follow-Up haben direkt nach Programmbeendigung geraucht, ¼ sogar mehr als 10 Zigaretten. Wenn ausschließlich die 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up betrachtet werden (siehe Abbildung 54), zeigt sich, dass sogar 44,2% in den ersten Tagen nach Programmnutzung nicht geraucht haben. Etwa jeder Fünfte hat bis zu fünf Zigaretten pro Tag geraucht. 17,8% konsumierten unmittelbar nach Programmbeendigung über 10 Zigaretten.

Zeitpunkt und Gründe für die Wiederaufnahme des Rauchens

Im Durchschnitt rauchen Personen, die sich im 6-Monats-Follow-Up als Raucher bezeichnen, seit 3 Monaten wieder. Warum Personen, die einen Rauchstoppversuch unternommen haben, in ihre alten Gewohnheiten zurückgefallen sind und zum Zeitpunkt der Befragung erneut rauchen, wurde durch Analyse der Antworten auf die Frage „Was waren die Gründe, dass Sie wieder angefangen haben zu rauchen?“ ermittelt (siehe Abbildung 55 und Abbildung 56).

Abbildung 55: Gründe für die Wiederaufnahme des Rauchens der Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

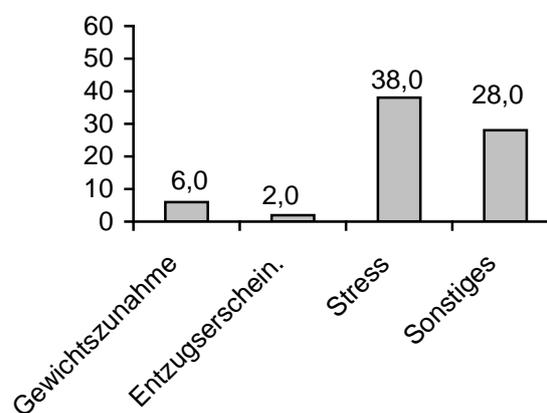
Was waren die Gründe, dass Sie wieder angefangen haben zu rauchen?



Quelle: eigene Berechnung (n=117)

Abbildung 56: Gründe für die Wiederaufnahme des Rauchens der Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Was waren die Gründe, dass Sie wieder angefangen haben zu rauchen?



Quelle: eigene Berechnung (n=50)

Es stellt sich heraus, dass zu beiden Befragungszeitpunkten „Stress“ das Hauptargument der Mehrheit für die Wiederaufnahme des Rauchens ist (t1: 54,7%; t2: 38,0%). Die Themen „Gewichtszunahme“ und „Entzugerscheinungen“ spielen für 23,9% bzw. 16,7% aller Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up eine Rolle. Im 12-Monats-Follow-Up sind diese Aspekte von noch geringerer Bedeutung, da sie nur von 6,0% bzw. 2,0% angeführt werden. Ihre Entzugerscheinungen erläutern 11 Personen im Rahmen der t1-Befragung

genauer und führen Punkte wie „psychische Probleme“, „Unruhe, zum Teil Aggressivität, Schlafstörungen“, „Schwindel nach absetzen der Nikotinplaster“ oder „zittern, Haut jucken, unausgeglichen fast schon aggressiv, schwitz Hände etc...“ an. In der t2-Befragung hat kein Befragungsteilnehmer die Möglichkeit genutzt, seine Entzugserscheinungen näher zu beschreiben.

In der t1-Nachbefragung waren für 42,7% sonstige Gründe ausschlaggebend. 46 Personen erläuterten, was sie unter „Sonstiges“ verstehen, und argumentierten überwiegend mit ihrem eigenen Leichtsinns und ihrer Willensschwäche („Aus purer Dummheit“, „Leichtsinn“, „nicht willensstark genug“) (9 Nennungen), führten den erneuten Konsum auf Situationen in Gesellschaft (5 Nennungen), in Verbindung mit Alkohol (5 Nennungen), auf ein rauchendes Umfeld (5 Nennungen) oder auf private Probleme („Verlassen worden“, „Todesfall“, „Streit mit dem Partner“) (6 Nennungen) zurück. Diese Nennungen sind Antworten, die mehrmals angegeben worden sind. Mit Ausnahme der folgenden Äußerung, in der ein Programmteilnehmer seinen aktuellen Gefühlszustand verschriftlichte, werden weitere Einzelnennungen nicht aufgeführt: „Das gute Gefühl die Zigarette ist wieder da....“.

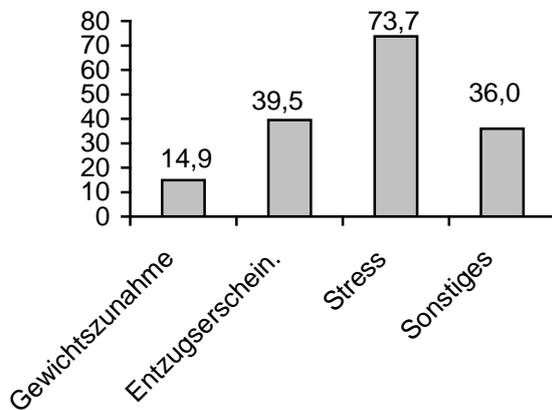
In der zweiten Nachbefragung gaben 28,0% „Sonstiges“ als Grund dafür an, dass sie wieder angefangen haben zu rauchen. Von den insgesamt 13 Nennungen wurden am häufigsten private Veränderungen und Probleme („Beziehungsprobleme“, „Enttäuschung“, „persönliche Veränderung“, Trennung vom Lebenspartner“) aufgezählt (4 Nennungen).

Gründe für den nicht durchgeführten Rauchstopp

Auf die Frage „Was waren die Gründe, die dazu geführt haben, dass Sie nicht mit dem Rauchen aufgehört haben?“ antworten fast $\frac{3}{4}$ der hier betrachteten Befragten im 6-Monats-Follow-Up mit „Stress“ (siehe Abbildung 57). Mehr als $\frac{1}{3}$ begründen ihren nicht durchgeführten Rauchstopp mit „Entzugserscheinungen“ (39,5%) oder „Sonstigem“ (36,0%). Die Angst vor einer möglichen Gewichtszunahme benennen mit 14,9% nur wenige Personen. Ein vergleichbares Bild zeigt sich auch beim 12-Monats-Follow-Up (siehe Abbildung 58). „Stress“ stellt für die Hälfte der Befragten (57,1%) den Hauptgrund dar, während der Aspekt „Gewichtszunahme“ (17,5%) an letzter Stelle steht. Entzugserscheinungen benennt knapp jede vierte Person (23,8%). „Sonstiges“ wird von jedem Fünften aufgeführt (19,0%).

Abbildung 57: Gründe für den nicht durchgeführten Rauchstopp der Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

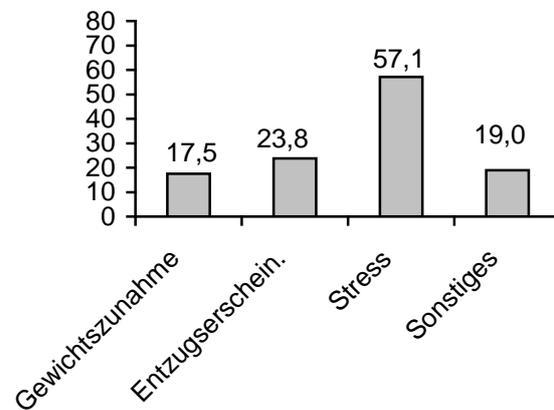
Was waren die Gründe, die dazu geführt haben, dass Sie nicht mit dem Rauchen aufgehört haben?



Quelle: eigene Berechnung (n=228)

Abbildung 58: Gründe für den nicht durchgeführten Rauchstopp der Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Was waren die Gründe, die dazu geführt haben, dass Sie nicht mit dem Rauchen aufgehört haben?



Quelle: eigene Berechnung (n=63)

Bei den offenen Antworten, die die Entzugerscheinungen und die Antwort „Sonstiges“ näher beschreiben, finden sich folgende Ergebnisse, die aufgrund der starken Überschneidungen zusammenfassend dargestellt werden: In der t1-Befragung lassen sich von den 44 Antworten der Kategorie „Entzugerscheinungen und zwar“ und den 72 Antworten der Kategorie „Sonstiges und zwar“ die meisten Antworten den zwei Themen ‚kein Durchhaltevermögen / fehlende Motivation‘ („Vermutlich den falschen Zeitpunkt gewählt - ich WOLLTE zwar, aber nicht wirklich“, „keine Lust“, „mir fehlt einfach genug Willenskraft“, „Außerdem fehlte mir nach zwei - drei Tagen die richtige Motivation.“) (24 Nennungen) und ‚Innere Unruhe / Nervosität‘ („Nervosität, dem Druck standzuhalten nicht mehr zu rauchen“ „Starke Unruhe“) (20 Nennungen) zuordnen. Daneben wurden folgende Gründe für den nicht durchgeführten Rauchstopp genannt, die in die Themen „Ich-Schwäche“, „soziales Umfeld“ und „schwierige Situationen“ zusammengefasst werden können:

- die eigene Gewohnheit („Bedürfnis, Zigarette in der Hand zu halten“, „48 Jahre Gewohnheit“, „In gewohnte Routinen während der Arbeit zurück gefallen“ (10 Nennungen), Stimmungsschwankungen („soziale Unerträglichkeit für andere“, „Aggressivität“, „Reizbarkeit“, „schlechte Laune“) (9 Nennungen),
- private Probleme („Fehlgeburt meiner Frau“, „Krankheit“, „Tod des Ehemanns“, „Trennung, Abitur,...“, „wieder an die Dialyse zu müssen“) (8 Nennungen),
- Depressionen (8 Nennungen)

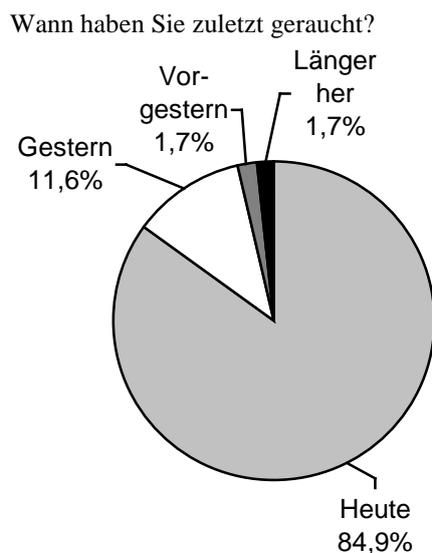
- die eigene Sucht („Die Abhängigkeit im Kopf, das Gefühl, es ohne Zigarette nicht zu schaffen“, „habe mir eingebildet, ohne Zigaretten nicht klar zu kommen“, „Schmach“, „das Gefühl sofort rauchen zu müssen“) (7 Nennungen)
- gesundheitliche Beeinträchtigungen wie z.B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Schwindel, Herzrasen (6 Nennungen)
- fehlende Alternativen und Ausgleichsmöglichkeiten („in erster Linie hat der Ausgleich z.B. Sport mangels Zeit und Motivation gefehlt“, „Langeweile“, „mangelnde Bewältigungsstrategie“, „Spray hat nicht gut gewirkt, also die Zigarette ersetzt“) (5 Nennungen)
- Geselligkeit („Gefühl der Sozialen Isolation“, „gemeinsam Beisammensitzen mit Freunden und Alkohol“, „Genusseinschränkung“, „Geselligkeit, Lust auf eine Zigarette in bestimmten Situationen“, „Party und Alkohol“) (5 Nennungen)
- rauchendes Umfeld („Alle anderen im Bekannten und Verwandtenkreis Rauchen und das macht es um so schwieriger.“, „Freundeskreis und diesbezüglich mangelnde Abgrenzungsfähigkeit.“) (4 Nennungen)
- Konzentrationsschwäche („Unkonzentriertheit“) (3 Nennungen).
- sonstiges („Freiheit der Entscheidung“, „ging nicht“, „Urlaub, Weihnachten“, „zu viel gekiff“) (7 Nennungen)

Im 12-Monats-Follow-Up hat keine Person seine Entzugserscheinungen (Antwortoption „Entzugserscheinungen und zwar“) näher erläutert. 12 Personen machten eine Angabe unter „Sonstiges und zwar“ und beschrieben ihren Grund für den nicht vollzogenen Rauchstopp sehr unterschiedlich. Es gibt keine Antwort, die mehrheitlich genannt wurde. Die Einzelnennungen reichen von fehlendem Willen („Der wirkliche Wille fehlte“), Gewohnheit („festgefahrene Gewohnheit“), Stimmungsschwankungen („habe ich auch wieder Angst vor der ganz schlechten Laune, insbesondere auf der Arbeit bei der ich viel Stress habe ca 12 Stunden am Tag. mein Chef war teilweise ziemlich sauer.“) über Entzugserscheinungen („hatte ich Entzugserscheinungen“), der beruflichen Tätigkeit („Gastronomin von Beruf“), Suchtdruck („Ich hatte einfach Angst, es nicht ohne Zigarette zu schaffen“), private Probleme („Krebsdiagnose“) und ein rauchendes Umfeld („viel Kontakt zu Rauchern“).

Zeitpunkt des letzten Tabakkonsums

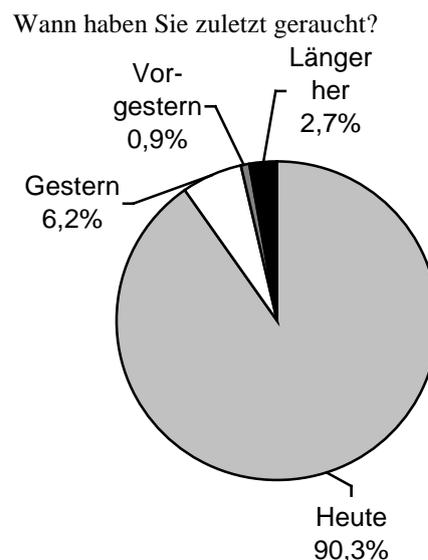
Auf die Frage „Wann haben Sie zuletzt geraucht?“ antwortet die überwiegende Mehrheit der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer mit „heute“. So gaben in der t1-Befragung 84,9% und in der t2-Befragung 90,3% diese Antwort.

Abbildung 59: Letzter Tabakkonsum der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)



Quelle: eigene Berechnung (n=345)

Abbildung 60: Letzter Tabakkonsum der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)



Quelle: eigene Berechnung (n=113)

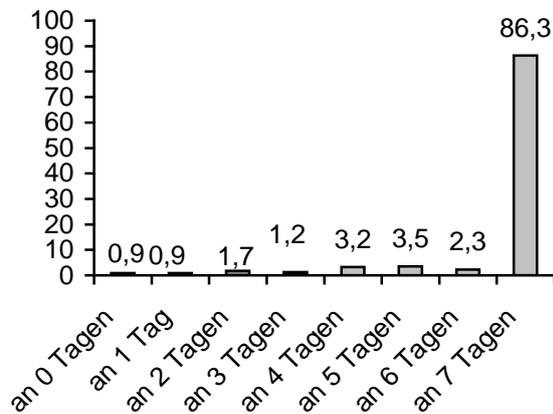
Für eine kleine Anzahl an Personen liegt der letzte Tabakkonsum einen, zwei oder mehr Tage zurück: Die Angabe „gestern“ machten zum ersten Befragungszeitpunkt 11,6% und zum zweiten Befragungszeitpunkt 6,2% der hier betrachteten Programmteilnehmer. Unter 4% aller Antworten entfallen auf die Optionen „vorgestern“ oder „länger her“.

Konsumtage pro Woche

Zum Zeitpunkt der Nachbefragungen rauchten fast alle der Befragten durchschnittlich an allen Wochentagen der vergangenen Woche. Im 6-Monats-Follow-Up antworteten 86,3% auf die Frage „Bitte denken Sie nun an die letzten 7 Tage. An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht?“ mit „an sieben Tagen“ (siehe Abbildung 61). Im 12-Monats-Follow-Up gaben 90,3% diese Antwort (siehe Abbildung 62). Ein nicht täglicher Tabakkonsum ist bei einer Minderheit zu beobachten. So antworteten im 6-Monats-Follow-Up nicht mehr als jeweils bis zu 3,5% und im 12-Monats-Follow-Up nicht mehr als jeweils bis zu 2,7% mit den anderen Optionen („an 6 Tagen“, „an 5 Tagen“, etc.).

Abbildung 61: Konsumtage pro Woche der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

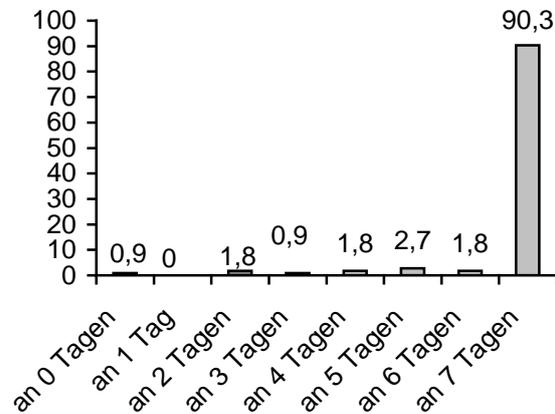
Bitte denken Sie nun an die letzten 7 Tage. An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht?



Quelle: eigene Berechnung (n=345)

Abbildung 62: Konsumtage pro Woche der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Bitte denken Sie nun an die letzten 7 Tage. An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht?



Quelle: eigene Berechnung (n=113)

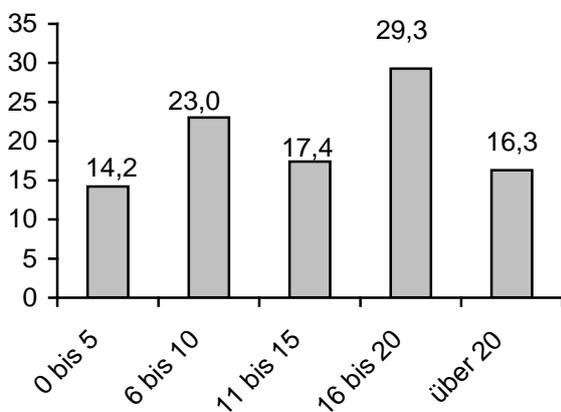
Damit wird deutlich, dass die Mehrheit täglich raucht und nur vereinzelt rauchfreie Wochentage vorhanden sind.

Durchschnittlicher Zigarettenkonsum pro Tag

Zum Zeitpunkt der ersten Nachbefragung raucht fast jede dritte Person der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer 16 bis 20 Zigaretten pro Tag.

Abbildung 63: Täglicher Zigaretten-Durchschnittskonsum der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

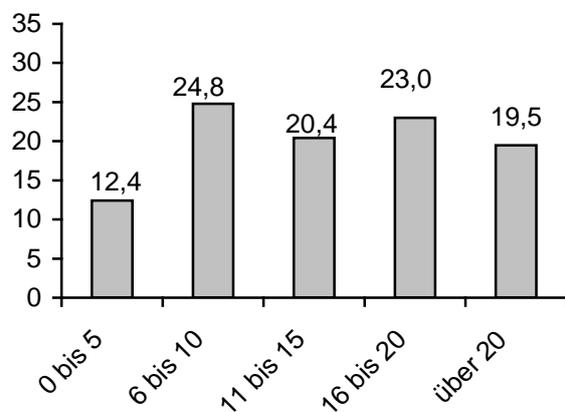
An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie da durchschnittlich?



Quelle: eigene Berechnung (n=345)

Abbildung 64: Täglicher Zigaretten-Durchschnittskonsum der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie da durchschnittlich?



Quelle: eigene Berechnung (n=113)

Jeder Vierte raucht zwischen 6 und 10 Zigaretten täglich. Zu den starken Rauchern, die mehr als 20 Zigaretten täglich konsumieren, zählen 16,3%. Im Durchschnitt werden 15,78 Zigaretten pro Tag geraucht (Standardabweichung 9,045) (siehe Abbildung 63). Dieser Mittelwert liegt leicht unter dem Mittelwert, der sich aus den Angaben der zweiten Nachbefragung ergibt. Dieser beträgt 16,37 (Standardabweichung 11,108).

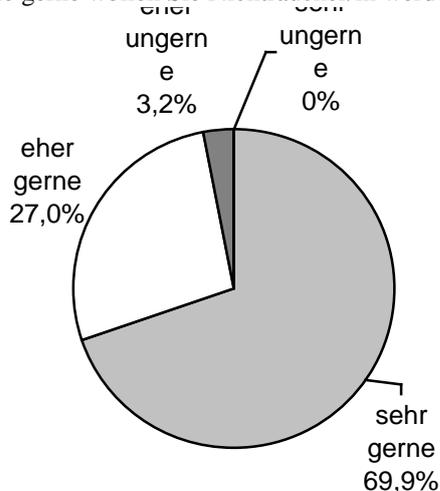
Im 12-Monats-Follow-Up zeigt sich ein nahezu einheitliches Bild (siehe Abbildung 64): Jeweils jede vierte bis fünfte Person raucht „6 bis 10“, „11 bis 15“, „16 bis 20“ oder „über 20“ Zigaretten pro Tag. Eine Ausnahme bildet die Gruppe derer, die bis zu fünf Zigaretten täglich konsumieren (12,4%), da sie deutlich kleiner ausfällt.

Bei Programmteilnehmern, die in der t1-Befragung angaben, weiterhin zu rauchen, zeigt sich eine Konsumreduktion von 20,0 auf 15,8 Zigaretten, also um ca. 4 Zigaretten pro Tag (95%-KI 14,82-16,74). In der t2-Befragung ergab sich, bezogen auf Personen, die sich mindestens zum letzten Erhebungszeitpunkt als Raucher einstufen, immerhin noch ein Konsumrückgang von 20,0 auf 16,4 Zigaretten, also um durchschnittlich ca. 3 ½ Zigaretten (95%-KI 14,30-18,44).

Motivation zur Erlangung des Nichtraucherstatus

Abbildung 65: Motivation zur Erlangung des Nichtraucherstatus der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

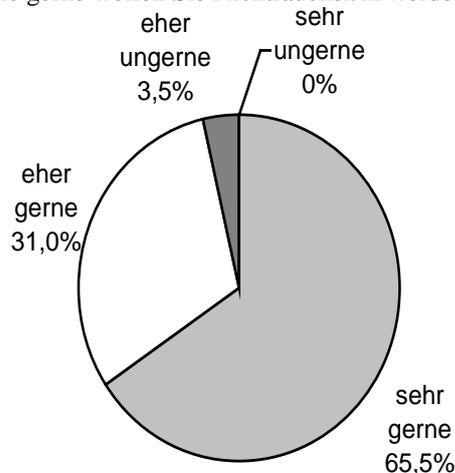
Wie gerne wollen Sie Nichtraucher/in werden?



Quelle: eigene Berechnung (n=345)

Abbildung 66: Motivation zur Erlangung des Nichtraucherstatus der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Wie gerne wollen Sie Nichtraucher/in werden?



Quelle: eigene Berechnung (n=113)

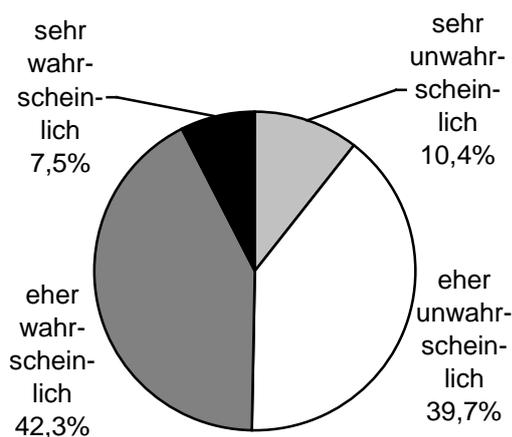
Die Mehrheit aller nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up möchte gerne Nichtraucher werden (siehe Abbildung 65 und Abbildung 66). Auf die Frage „Wie gerne wollen Sie Nichtraucher/in werden?“ antworten fast 70% in der t1- und fast 66% in der t2-Befragung mit „sehr gerne“. Fast 1/3 antwortet zu beiden Befragungszeitpunkten mit „eher gerne“. Mit unter 4% antwortet zu beiden Befragungszeitpunkten eine Minderheit mit „eher ungerne“. Die Antwortoption „sehr ungerne“ wird von keiner Person ausgewählt.

Einschätzung zur Erlangung des Nichtraucherstatus

Die Auswertung der Frage „Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass es Ihnen gelingt, innerhalb der nächsten sechs Monate nicht zu rauchen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören?“ ergibt zu beiden Befragungszeitpunkten ein homogenes Bild (siehe Abbildung 67 und Abbildung 68): Im 6-Monats-Follow-Up stufen 50,1% und im 12-Monats-Follow-Up 52,2% aller nicht rauchfreien Programmteilnehmer ihre Chance als „unwahrscheinlich“ ein. Die andere Hälfte der Befragten ist optimistischer und glaubt an einen Rauchstopp im kommenden halben Jahr. 7,5% bzw. 8,0% antworten sogar mit „sehr wahrscheinlich“.

Abbildung 67: Einschätzung der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up den Nichtraucherstatus zu erlangen (Angaben in Prozent)

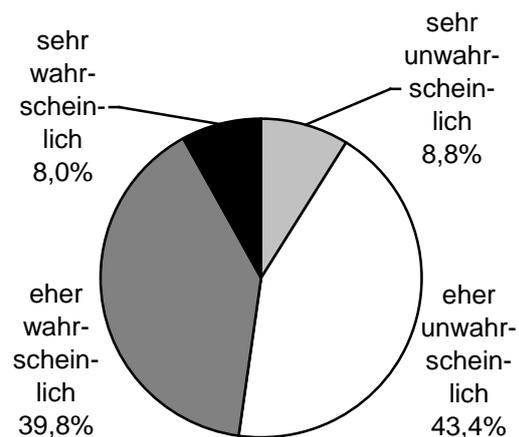
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass es Ihnen gelingt, innerhalb der nächsten sechs Monate nicht zu rauchen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören?



Quelle: eigene Berechnung (n=345)

Abbildung 68: Einschätzung der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up den Nichtraucherstatus zu erlangen (Angaben in Prozent)

Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass es Ihnen gelingt, innerhalb der nächsten sechs Monate nicht zu rauchen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören?



Quelle: eigene Berechnung (n=113)

Wenn nur jene 69,9% bzw. 65,5% aller Befragten aus der t1- und t2-Befragung betrachtet werden, die „sehr gerne“ Nichtraucher werden wollen (siehe vorhergehende Abbildung 65 und Abbildung 66), ergibt sich folgendes Bild: In der ersten Nachbefragung geben von den 241 Personen, die sehr gerne Nichtraucher werden wollen, 60,2% an, dass sie es für „sehr“ oder „eher“ wahrscheinlich halten, innerhalb der nächsten sechs Monate nicht zu rauchen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der 12-Monatsnachbefragung. Von allen 74 Personen, die „sehr gerne“ Nichtraucher werden wollen, halten 52,7% einen Rauchstopp im nächsten halben Jahr für „eher“ oder „sehr“ wahrscheinlich.

Diejenigen 27,0% bzw. 31,0%, die „eher gerne“ Nichtraucher werden wollen, schätzen ihre Wahrscheinlichkeit, in den kommenden 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören, etwas pessimistischer ein: 28,0% sind in der t1-Befragung der Auffassung, dass es ihnen „eher“ oder „sehr“ wahrscheinlich gelingt, innerhalb der nächsten sechs Monate nicht zu rauchen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören. In der t2-Befragung sind dies 40,0% der Personen.

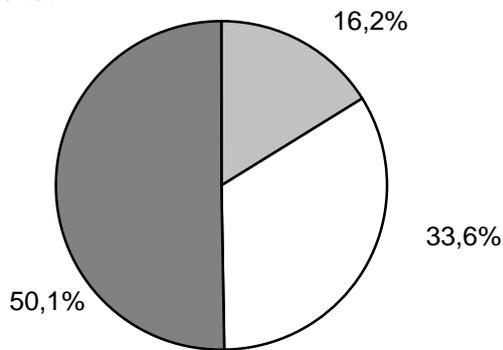
Zeitraumen zur Erlangung des Nichtraucherstatus

Wenn sie danach gefragt werden, wann sie mit dem Rauchen aufhören wollen, antwortet etwas mehr als die Hälfte der nicht rauchfreien Programmteilnehmer zu beiden Befragungszeitpunkten mit „in den nächsten sechs Monaten“ (t1: 50,1%, t2: 58,4%) (siehe Abbildung 69 und Abbildung 70). Im Rahmen der t2-Befragung geben weitere 27,4% und im Rahmen der t1-Befragung zusätzliche 33,6% der hier betrachteten Personen an, „in den nächsten 30 Tagen“ mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Etwa jede sechste (t1: 16,2%) bzw. siebte Person (t2: 14,2%) hat „derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören“.

Wenn nur jene Personen betrachtet werden, die „sehr gerne“ Nichtraucher werden wollen und es für „eher“ oder „sehr“ wahrscheinlich erachten, innerhalb der kommenden sechs Monate mit dem Rauchen aufzuhören (t1: n=145, t2: n=39) (siehe Tabelle 18), zeigt sich, dass etwa die Hälfte in den kommenden 30 Tagen (t1: 51,7%, t2: 48,7%) und die andere Hälfte in den nächsten 6 Monaten (t1: 46,2%, t2: 51,3%) mit dem Rauchen aufhören möchte. Die Antwort „Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören“ geben im 6-Monats-Follow-Up nur 2,1% aller zum Rauchstopp Motivierten und im 12-Monats-Follow-Up sogar keine Personen.

Abbildung 69: Zeitrahmen der 345 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up den Nichtraucherstatus zu erlangen (Angaben in Prozent)

Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?

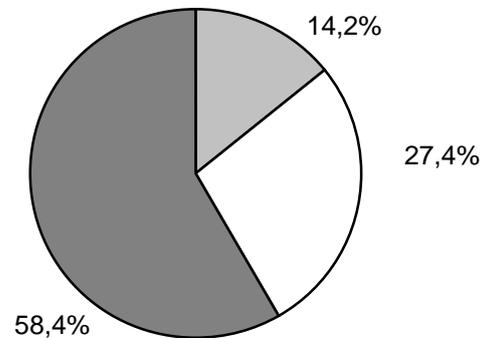


- Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Ich haben vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
- Ich haben vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.

Quelle: eigene Berechnung (n=345)

Abbildung 70: Zeitrahmen der 113 nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up den Nichtraucherstatus zu erlangen (Angaben in Prozent)

Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?



- Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Ich haben vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
- Ich haben vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.

Quelle: eigene Berechnung (n=113)

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen der Motivation zur Erlangung des Nichtraucherstatus und dem angestrebten Zeitrahmen, mit dem Rauchen aufzuhören.

	Zeitrahmen, mit dem Rauchen aufzuhören		
	Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören	Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören	Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mit dem Rauchen auf
Nicht rauchfreie Personen im 6-Monats-Follow-Up , die „sehr gerne“ Nichtraucher werden wollen und es für „eher“ oder „sehr“ <u>wahrscheinlich</u> erachten, innerhalb der kommenden sechs Monate mit dem Rauchen aufzuhören (n=145)	3 (2,1%)	75 (51,7%)	67 (46,2%)
Nicht rauchfreie Personen im 12-Monats-Follow-Up , die „sehr gerne“ Nichtraucher werden wollen und es für „eher“ oder „sehr“ <u>wahrscheinlich</u> erachten, innerhalb der kommenden sechs Monate mit dem Rauchen aufzuhören (n=39)	0	19 (48,7%)	20 (51,3%)
Nicht rauchfreie Personen im 6-Monats-Follow-Up , die „eher gerne“ Nichtraucher werden wollen und es für „eher“ oder „sehr“ <u>unwahrscheinlich</u> erachten, innerhalb der kommenden sechs Monate mit dem Rauchen aufzuhören (n=67)	31 (46,3%)	1 (1,5%)	35 (52,2%)
Nicht rauchfreie Personen im 12-Monats-Follow-Up , die „eher gerne“ Nichtraucher werden wollen und es für „eher“ oder „sehr“ <u>unwahrscheinlich</u> erachten, innerhalb der kommenden sechs Monate mit dem Rauchen aufzuhören (n=21)	9 (42,9%)	1 (4,8%)	11 (52,4%)

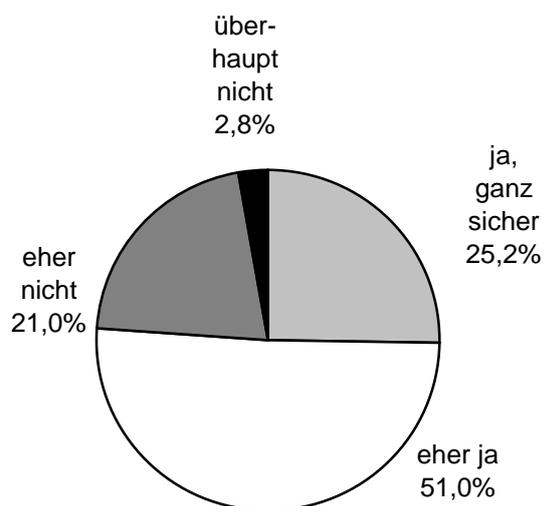
Die Hälfte der Programmteilnehmer, die „eher gerne“ Nichtraucher werden wollen und ihre Wahrscheinlichkeit, innerhalb des nächsten halben Jahres mit dem Rauchen aufzuhören, als „eher“ oder „sehr“ unwahrscheinlich einstufen (t1: n=67; t2: n=21), geben an, erst im kommenden Halbjahr mit dem Rauchen aufhören zu wollen (t1: 52,2%, t2: 52,4%). Die andere Hälfte stimmt der Aussage „Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören“ (t1: 46,3%, t2: 42,9%) zu. In den kommenden 30 Tagen sind 1,5% im 6-Monats-Follow-Up und 4,8% im 12-Monats-Follow-Up gewillt, einen Rauchstopp durchzuführen.

Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm

Mehr als $\frac{3}{4}$ aller nicht rauchfreien Personen geben zu beiden Befragungszeitpunkten an, dass ihnen die Erkenntnisse, die sie im Rahmen des rauchfrei-Ausstiegsprogramms erlangt haben, „ganz sicher“ (t1: 25,2%, t2: 34,0%) und „eher“ (t1: 51,0%, t2: 50,5%) helfen könnten, mit dem Rauchen aufzuhören (siehe Abbildung 71 und Abbildung 72).

Abbildung 71: Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

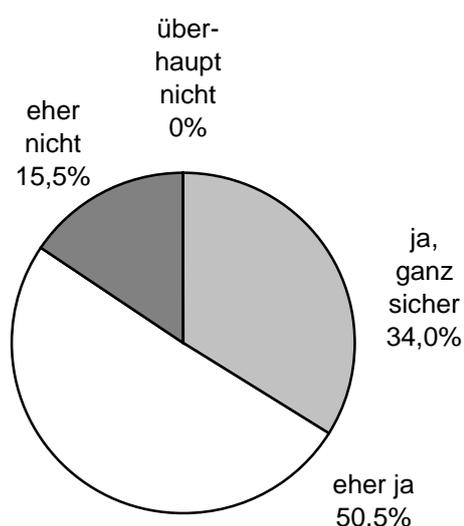
Denken Sie, dass das was Sie im Rahmen des Programms erfahren haben, Ihnen dabei helfen könnte, mit dem Rauchen aufzuhören?



Quelle: eigene Berechnung (n=290)

Abbildung 72: Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Denken Sie, dass das was Sie im Rahmen des Programms erfahren haben, Ihnen dabei helfen könnte, mit dem Rauchen aufzuhören?



Quelle: eigene Berechnung (n=97)

Allerdings sagt ein Teil der Personen in der ersten Nachbefragung, dass ihnen das Programm bei einem erneuten Rauchstoppversuch „eher nicht“ (21,0%) und „überhaupt nicht“ (2,8%) helfen könne. Über die Gründe lassen sich keine Aussagen treffen. Im Vergleich zur

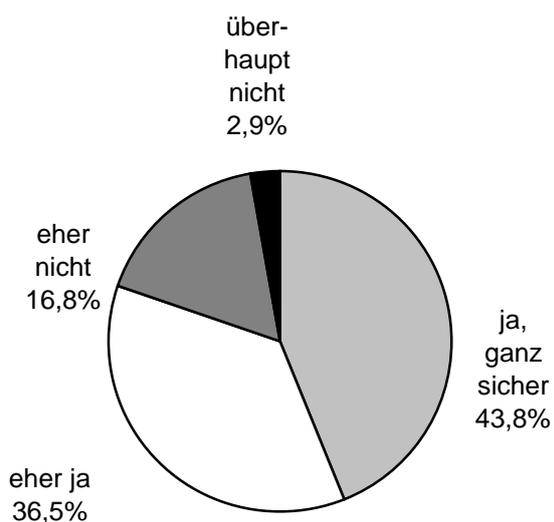
vorhergehenden Befragung entfallen in der zweiten Nachbefragung auf die Antwortoption „eher nicht“ mit 15,5% etwas weniger ablehnende Stimmen. Keiner der Befragten gibt im 12-Monats-Follow-Up die Antwort „überhaupt nicht“.

Erneute Nutzung des Ausstiegsprogramms

Die meisten derzeit erfolglosen Programmteilnehmer können sich vorstellen, bei einem möglichen nächsten Ausstiegsversuch wieder auf das rauchfrei-Ausstiegsprogramm zurückzugreifen.

Abbildung 73: Erneute Nutzung des Ausstiegsprogramms der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

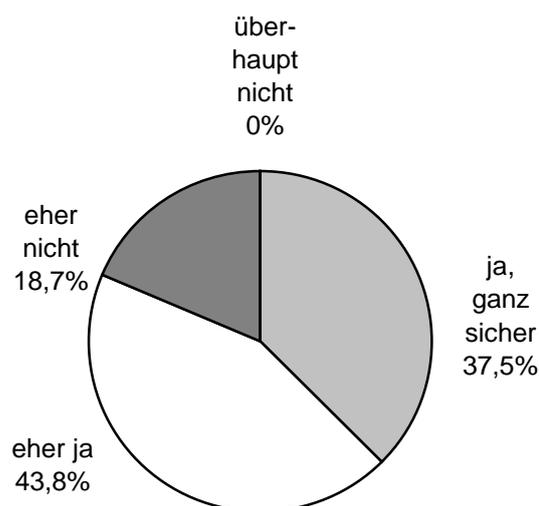
Können Sie sich vorstellen, bei einem möglichen nächsten Ausstiegsversuch, wieder auf das rauchfrei-Ausstiegsprogramm der BZgA zurückzugreifen?



Quelle: eigene Berechnung (n=345)

Abbildung 74: Erneute Nutzung des Ausstiegsprogramms der nicht rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Können Sie sich vorstellen, bei einem möglichen nächsten Ausstiegsversuch, wieder auf das rauchfrei-Ausstiegsprogramm der BZgA zurückzugreifen?



Quelle: eigene Berechnung (n=16)

Die beiden zustimmenden Antwortkategorien „ja, ganz sicher“ und „eher ja“ geben in der t1-Befragung 80,3% und in der t2-Befragung 81,3% der Teilnehmer. Personen, die dem widersprechen sind mit weniger als 1/5 aller Stimmen in der Minderheit (siehe Abbildung 73 und Abbildung 74).

Programmteilnehmer, die derzeit nicht vorhaben, mit dem Rauchen aufzuhören (t1: n=56 (16,2%); t2: n=16 (14,2%)) (siehe Abbildung 69 bzw. Abbildung 70), können sich mehrheitlich gut vorstellen, erneut auf das rauchfrei-Ausstiegsprogramm zurückzugreifen. So

geben im 6-Monats-Follow-Up 46,4% die Antworten „ja, ganz sicher“ und 41,1% „eher ja“. Im 12-Monats-Follow-Up antworten 37,5% mit „ja, ganz sicher“ und 43,8% mit „eher ja“.

Auch Befragte, die in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören wollen (t1: n=116 (33,6%); t2: n=31 (27,4%)), können sich mehrheitlich eine erneute Nutzung vorstellen. Bei dieser Gruppe antworten im 6-Monats-Follow-Up nur wenige Personen mit „überhaupt nicht“ und „eher nicht“. Die Mehrheit äußert sich positiv und antwortet mit „eher ja“ (t1: 40,5%) und „ja, ganz sicher“ (t1: 43,1%). Im 12-Monats-Follow-Up sind keine Antworten zu verzeichnen.

Im tabellarischen Anhang findet sich eine Zusammenfassung der Befragungsergebnisse (siehe Tabelle 28).

Der Beschreibung der Programmteilnehmer mit aktuellem Status Raucher in vorliegendem Kapitel folgt in Kapitel 7.4.7 eine detaillierte Betrachtung jener Programmteilnehmer, die sich aktuell als Nichtraucher bezeichnen.

7.4.7 Beschreibung der Programmteilnehmer mit aktuellem Status „Nichtraucher“

Dieses Kapitel betrachtet die 498 Programmteilnehmer, die sich im 6-Monats-Follow-Up als Nichtraucher einstufen, und die 280 Teilnehmer des rauchfrei-Ausstiegsprogramms, die an den zwei Follow-Up-Befragungen teilgenommen und zu beiden Befragungszeitpunkten angegeben haben, Nichtraucher zu sein. Es handelt sich dementsprechend um Personen, die einen Rauchstopp erfolgreich bewältigt haben.

Analog zum vorhergehenden Kapitel werden im Folgenden jene Fragen ausgewertet, die sich im 6- und im 12-Monats-Follow-Up ausschließlich an die Gruppe der Nichtraucher richten. Es wird der Zigarettenkonsum der zurückliegenden Tage sowie die Konsummenge unmittelbar nach Programmbeendigung näher beschrieben und überprüft, ob die Selbsteinschätzung als Nichtraucher übereinstimmt mit den Angaben zum letzten Tabakkonsum. Schwierigkeiten und Hindernisse auf dem Weg zum erfolgreichen Nichtraucher werden ebenso evaluiert wie Verfehlungen, der Wunsch zu Rauchen, die Motivation den Nichtraucherstatus beizubehalten und die persönlich eingeschätzte Wahrscheinlichkeit, Nichtraucher zu bleiben.

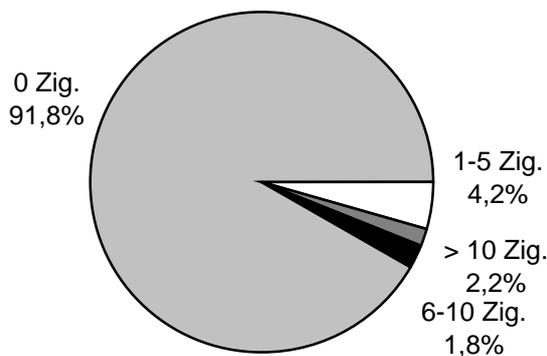
Konsummenge unmittelbar nach Programmbeendigung

Um die Programmwirksamkeit direkt nach Programmbeendigung zu ermitteln und zu erfassen, ob zu diesem Zeitpunkt der Zigarettenkonsum eingestellt worden ist, wurde im Rahmen des 6-Monats- und 12-Monats-Follow-Up nach der Konsummenge nach Programmbeendigung gefragt („Wie viele Zigaretten haben Sie in den ersten Tagen geraucht, nachdem Sie das Programm beendet haben?“).

Die Auswertung der Befragungsergebnisse besagt, dass von den 498 Personen, die sich im 6-Monats-Follow-Up als Nichtraucher bezeichnen, 91,8% in den ersten Tagen nach Programmbeendigung nicht geraucht haben (siehe Abbildung 75). Eine Minderheit hat bis zu 5 Zigaretten (4,2%), 6 bis 10 Zigaretten (1,8%) oder mehr als 10 Zigaretten (2,2%) geraucht. Wird diese Frage, die ausschließlich im t1-Fragebogen vorhanden ist, nur für jene 280 Personen analysiert, die zu beiden Befragungszeitpunkten angeben Nichtraucher zu sein, so wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit (93,9%) nach Ablauf der Betreuung durch das rauchfrei-Ausstiegsprogramm nicht mehr raucht (siehe Abbildung 76). Ein geringer Teil der Befragungsteilnehmer hat nach Programmbeendigung bis zu 5 Zigaretten (3,6%) bzw. über 6 Zigaretten (2,5%) geraucht.

Abbildung 75: Konsummene unmittelbar nach Programmbeendigung der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

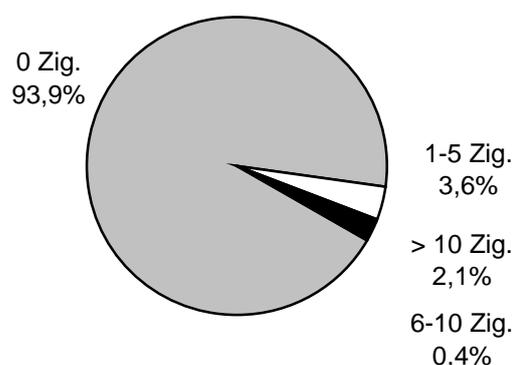
Wie viele Zigaretten haben Sie in den ersten Tagen geraucht, nachdem Sie das Programm beendet haben?



Quelle: eigene Berechnung (n=498)

Abbildung 76: Konsummene unmittelbar nach Programmbeendigung der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Wie viele Zigaretten haben Sie in den ersten Tagen geraucht, nachdem Sie das Programm beendet haben?

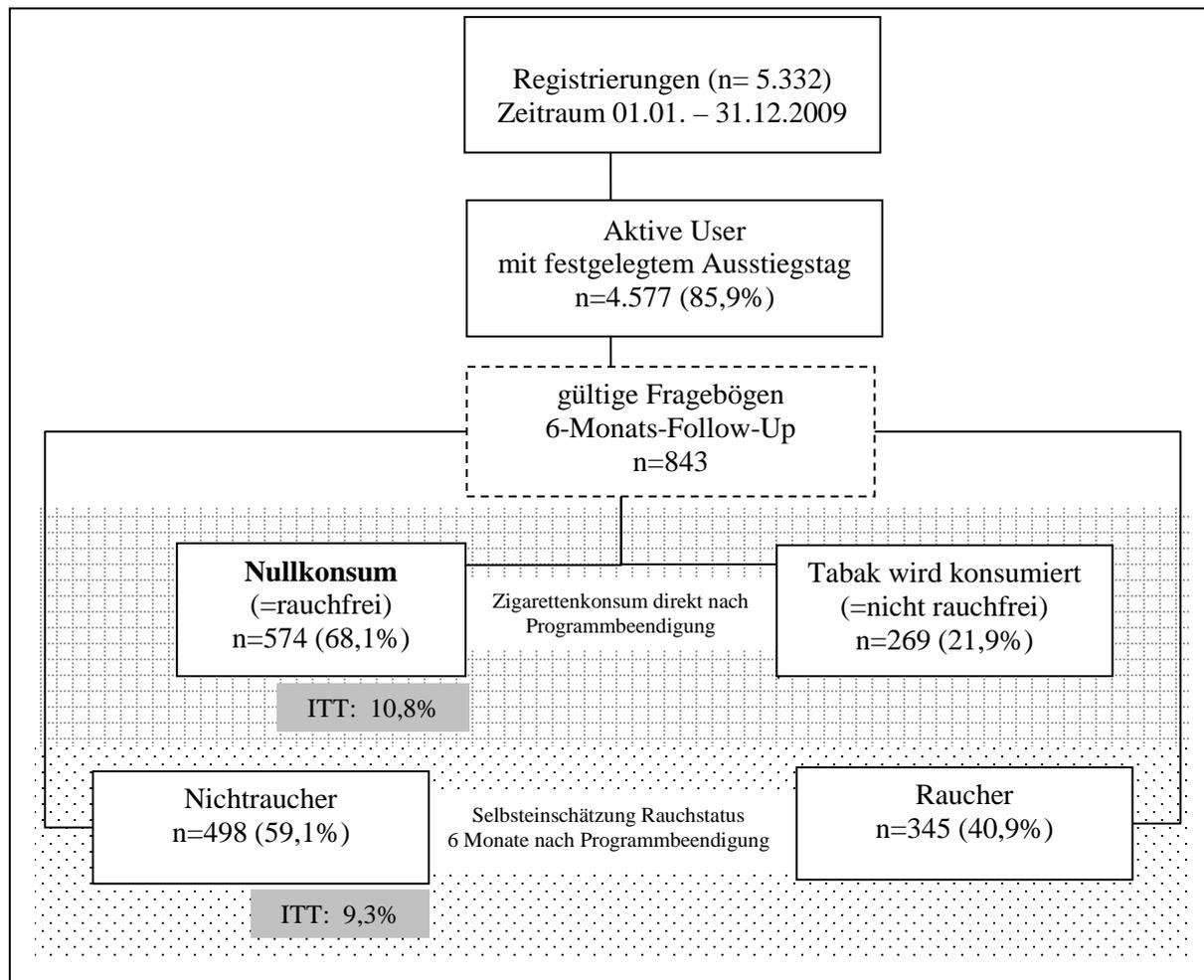


Quelle: eigene Berechnung (n=280)

Mit Blick auf die Zeit unmittelbar nach Programmbeendigung wird, ergänzend zu diesen Analysen, im nachfolgenden Absatz ein weiteres positives Ergebnis deutlich (siehe Abbildung 77):

Wird die Anzahl gerauchter Zigaretten direkt nach Programmbeendigung für alle aktiven Programmteilnehmer mit festgelegtem Ausstiegstag und gültigem Fragebogen (n=843) ausgewertet, so ist zuerkennen, dass 68,1% aller Befragungsteilnehmer keine Zigaretten mehr konsumieren (ITT: 10,8%) und als „rauchfrei“ gelten. In Bezug gesetzt zum Rauchstatus im 6-Monats-Follow-Up (59,1% Nichtraucher, 40,9% Raucher) bedeutet dies, dass 9% (=76 Personen) derjenigen, die sich direkt nach Programmbeendigung als „rauchfrei“ einstufen, wieder rückfällig geworden sind und 6 Monate nach Programmbeendigung zu den Rauchern zählen. Diese Personen konnten einen Teilerfolg erzielen. Die veränderte Verhaltensweise direkt nach Programmbeendigung wurde allerdings langfristig nicht beibehalten.

Abbildung 77: Zigarettenkonsum direkt nach Programmbeendigung und Selbsteinschätzung des Rauchstatus 6 Monate nach Programmanmeldung



Quelle: eigene Berechnung (n=843)

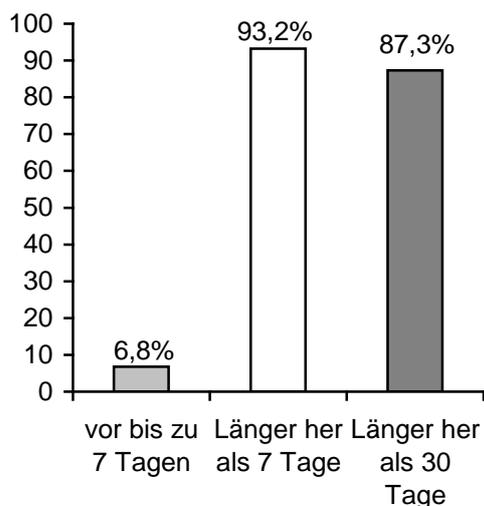
Zeitpunkt des letzten Tabakkonsums

Um zu ermitteln, ob der selbst eingeschätzte Nichtraucherstatus mit den Angaben zum Tabakkonsum übereinstimmt, wurde für die erfolgreichen Programmteilnehmer die Frage „Sie haben angegeben, dass Sie sich heute als Nichtraucher/in bezeichnen. Wann haben Sie zuletzt eine Zigarette geraucht?“ ausgewertet (siehe Abbildung 78 und Abbildung 79). Da sich alle hier betrachteten Personen als Nichtraucher bezeichnen, ist das zu erwartende Ergebnis bei allen Personen und zu beiden Befragungszeitpunkten der Nullkonsum. Diese Erwartung lässt sich überwiegend bestätigen: In den meisten Fällen decken sich die Selbsteinschätzungen mit den Angaben zum Tabakkonsum, da im 6-Monats-Follow-Up 464 Personen (=93,2%) und im 12-Monats-Follow-Up 272 Personen (=97,1%) angeben, in den vergangenen sieben Tagen nicht geraucht zu haben (7-Tage-Punktprävalenz). Allerdings gibt

zu beiden Befragungszeitpunkten auch ein geringer Anteil (t1: 6,8%, t2: 2,9%) der Befragten an, in den letzten sieben Tagen Tabak konsumiert zu haben.

Abbildung 78: Zeitpunkt des letzten Tabakkonsums der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

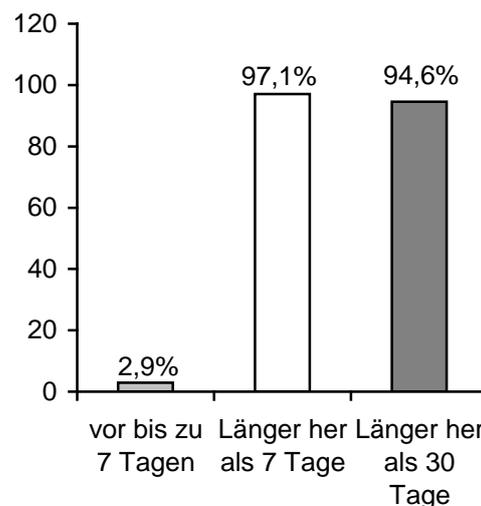
Sie haben angegeben, dass Sie sich heute als Nichtraucher/in bezeichnen. Wann haben Sie zuletzt eine Zigarette geraucht?



Quelle: eigene Berechnung (n=498)

Abbildung 79: Zeitpunkt des letzten Tabakkonsums der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Sie haben angegeben, dass Sie sich heute als Nichtraucher/in bezeichnen. Wann haben Sie zuletzt eine Zigarette geraucht?



Quelle: eigene Berechnung (n=280)

Der auf der Grundlage der 7-Tage-Punktprävalenz berechnete ITT-Wert liegt im 6-Monats-Follow-Up bei 8,7% (Berechnung: $100 \cdot 464 / 5.332 = 8,7\%$) und im 12-Monats-Follow-Up bei 5,1% (Berechnung: $100 \cdot 272 / 5.332 = 5,1\%$). Somit wird deutlich, dass sich die ITT-Werte im 6- und 12-Monats-Follow-Up, die auf der Selbsteinschätzung des Rauchstatus beruhen (t1: 5,3%, t2: 9,3%), leicht von den hier berechneten ITT-Werten mit zugrunde gelegter 7-Tage-Punktprävalenz unterscheiden. Einige der Befragten sehen sich somit selbst als Nichtraucher, obwohl sie in den vergangenen sieben Tagen geraucht haben.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Berechnung des ITT-Werts auf Grundlage der 30-Tage-Punktprävalenz (Berechnung t1: $100 \cdot 435 / 5.332 = 8,2\%$; Berechnung t2: $100 \cdot 265 / 5.332 = 5,0\%$). Obwohl in den vergangenen 30 Tagen Tabak konsumiert worden ist, stufen sich einige Personen als Nichtraucher ein. Die Mehrzahl aller Befragungsteilnehmer (t1: 87,3%, t2: 94,6%) (siehe Abbildung 78 und Abbildung 79), die sich zu t1 und t2 als Nichtraucher sehen, haben allerdings ihrer Einschätzung zum Rauchstatus entsprechend nicht geraucht.

Einen Überblick über die ITT-Werte direkt nach Programmbeendigung sowie im 6- und 12-Monats-Follow-Up auf Basis der Selbsteinschätzung, der 7-Tage- und 30-Tage-Punktprävalenz gibt folgende Tabelle 19:

Tabelle 19: Darstellung der ITT-Werte zur Abbildung der Wirksamkeit des rauchfrei-Ausstiegsprogramms direkt nach Programmbeendigung, im 6- und 12-Monats-Follow-Up auf Basis der Selbsteinschätzung der Programmteilnehmer, der 7- und der 30-Tage-Punktprävalenz

	ITT-Wert im 6-Monats-Follow-Up	ITT-Wert im 12-Monats-Follow-Up
Selbsteinschätzung	9,3%	5,3%
7-Tage-Punktprävalenz	8,7%	5,1%
30-Tage-Punktprävalenz	8,2%	5,0%

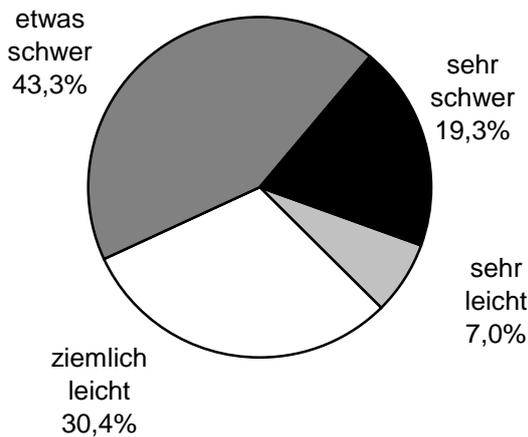
Es wird ersichtlich, dass die Werte auf Basis der Selbsteinschätzung immer etwas höher ausfallen und sich manche Programmteilnehmer als Nichtraucher bezeichnen, obwohl sie in den letzten sieben Tagen bzw. 30 Tagen Tabak konsumiert haben. Ausgehend von der konservativsten Zahl, der 30-Tage-Punktprävalenz, zeigt sich, dass etwa **jeder zwölfte Programmteilnehmer nach 6 Monaten und jeder 20. Programmteilnehmer nach 12 Monaten mindestens die letzten 30 Tage keine Zigarette geraucht hat.**

Schwierigkeitsgrad bei der Aufrechterhaltung des aktuellen Status „Nichtraucher“

Um Kenntnis über die Schwierigkeiten nach einem Rauchstopp und die Gefahr eines Wiedereinstiegs in alte Rauchgewohnheiten zu erlangen, wurden die Programmteilnehmer gefragt, wie schwer es ihnen gefallen ist, nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen. Diese Frage beantwortet nur eine kleine Minderheit (t1: 7,0%; t2: 12,0%) mit „sehr leicht“ (siehe Abbildung 80 und Abbildung 81). Die Mehrheit gibt die Antworten „ziemlich leicht“ (t1: 30,4%; t2: 43,8%) und „etwas schwer“ (t1: 43,3%; t2: 31,5%). Deutlich weniger Zustimmungen entfallen auf die Antwort „sehr schwer“ (t1: 19,3%; t2: 12,7%). Somit zeigt sich ein gemischtes Meinungsbild aller Befragten. Tendenziell überwiegt im 6-Monats-Follow-Up jedoch die Einschätzung, dass es schwer gefallen ist, nicht wieder zu rauchen (62,6%). Im 12-Monats-Follow-Up ergibt sich eine etwas verschobene Tendenz, da mit 55,8% mehr als die Hälfte aller Befragungsteilnehmer mit „leicht“ antwortet.

Abbildung 80: Schwierigkeitsgrad nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen bezogen auf die rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

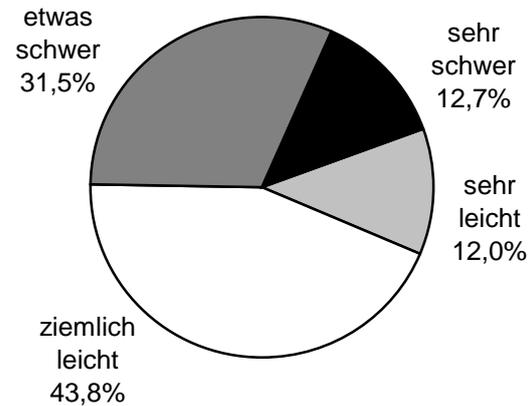
Wie leicht bzw. schwer ist es Ihnen gefallen, nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen?



Quelle: eigene Berechnung (n=498)

Abbildung 81: Schwierigkeitsgrad nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen bezogen auf die rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Wie leicht bzw. schwer ist es Ihnen gefallen, nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen?



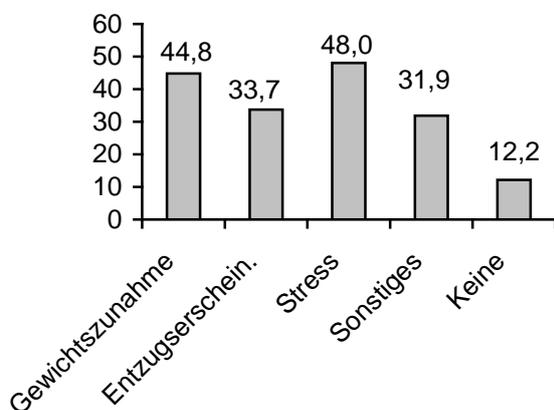
Quelle: eigene Berechnung (n=280)

Hindernisse bei der Aufrechterhaltung des aktuellen Status „Nichtraucher“

Als größtes Hindernis beim Aufrechterhalten des Nichtrauchens wird im 6-Monats-Follow-Up der Faktor Stress (48,0%) angegeben (siehe Abbildung 82).

Abbildung 82: Hindernisse beim Durchhalten bezogen auf die rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

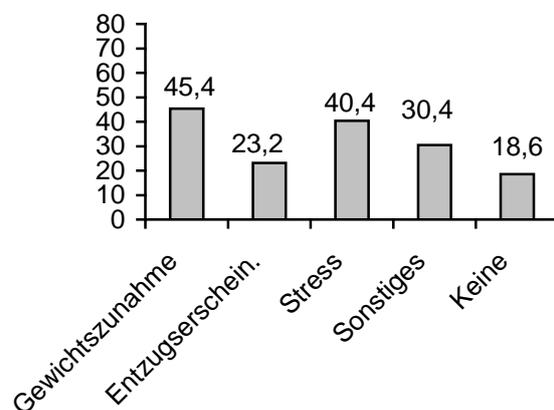
Was waren für Sie die größten Schwierigkeiten bzw. Hindernisse, „rauchfrei“ zu bleiben?



Quelle: eigene Berechnung (n=498)

Abbildung 83: Hindernisse beim Durchhalten bezogen auf die rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Was waren für Sie die größten Schwierigkeiten bzw. Hindernisse, „rauchfrei“ zu bleiben?

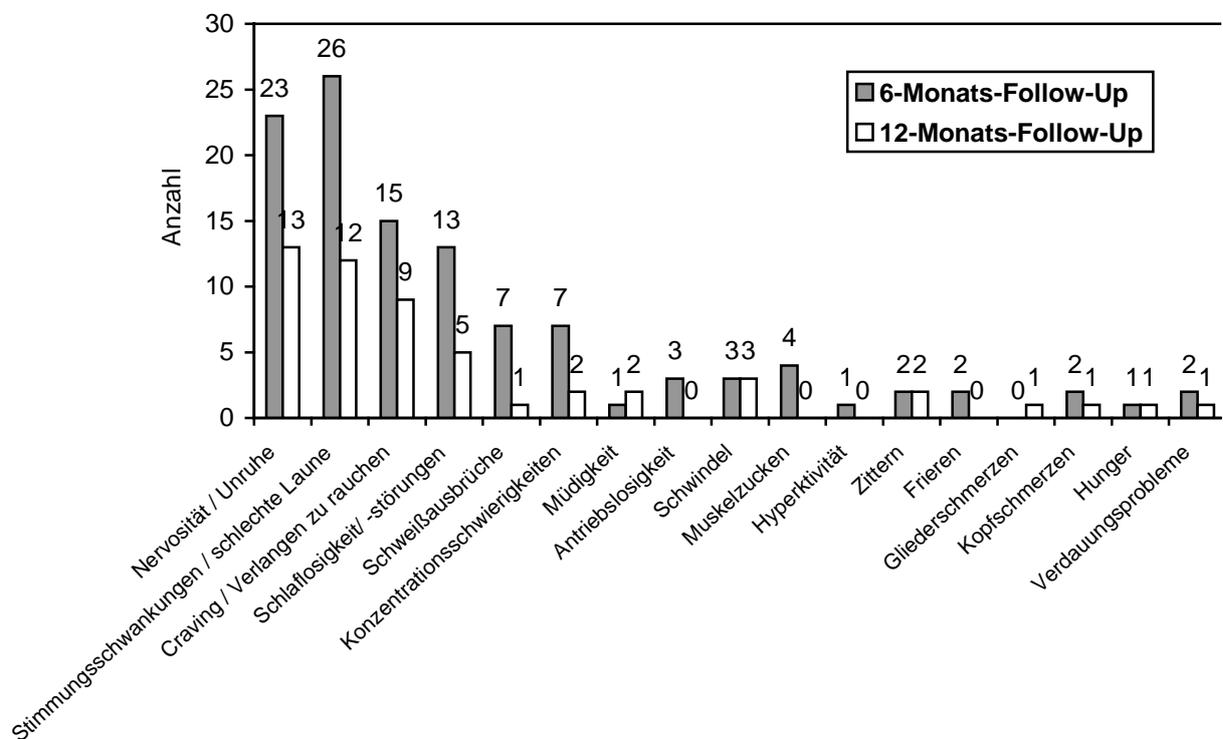


Quelle: eigene Berechnung (n=280)

Schwierigkeiten bereiteten auch die Zunahme an Gewicht (44,8%) und Entzugserscheinungen (33,7%). Im 12-Monats-Follow-Up wurde an erster Stelle die Gewichtszunahme (45,4%) dicht gefolgt vom Stress benannt, der ebenfalls von über 40% als hinderlich erlebt wurde. Entzugserscheinungen wurden bei der t2-Befragung von knapp ¼ angegeben (siehe Abbildung 83).

Um Kenntnis darüber zu erlangen, mit welchen Entzugserscheinungen die Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up konfrontiert waren, wurden sie gebeten, diese genauer zu beschreiben. Die qualitative Analyse der offenen Antworten ergab folgendes Ergebnis: Von den 168 Personen des 6-Monats-Follow-Up (33,7%) und den 65 Personen des 12-Monats-Follow-Up (23,2%), die als größte Schwierigkeit beim Durchhalten der Rauchfreiheit die Antwort „Entzugserscheinungen“ angegeben haben, benannten 102 Befragungsteilnehmer zu t1 und 65 Befragungsteilnehmer zu t2 ihre Entzugserscheinung genauer (siehe Abbildung 84).

Abbildung 84: Offene Antworten der erfolgreichen Programmtteilnehmer zur Beschreibung der persönlichen Entzugserscheinungen im 6- und 12-Monats-Follow-Up

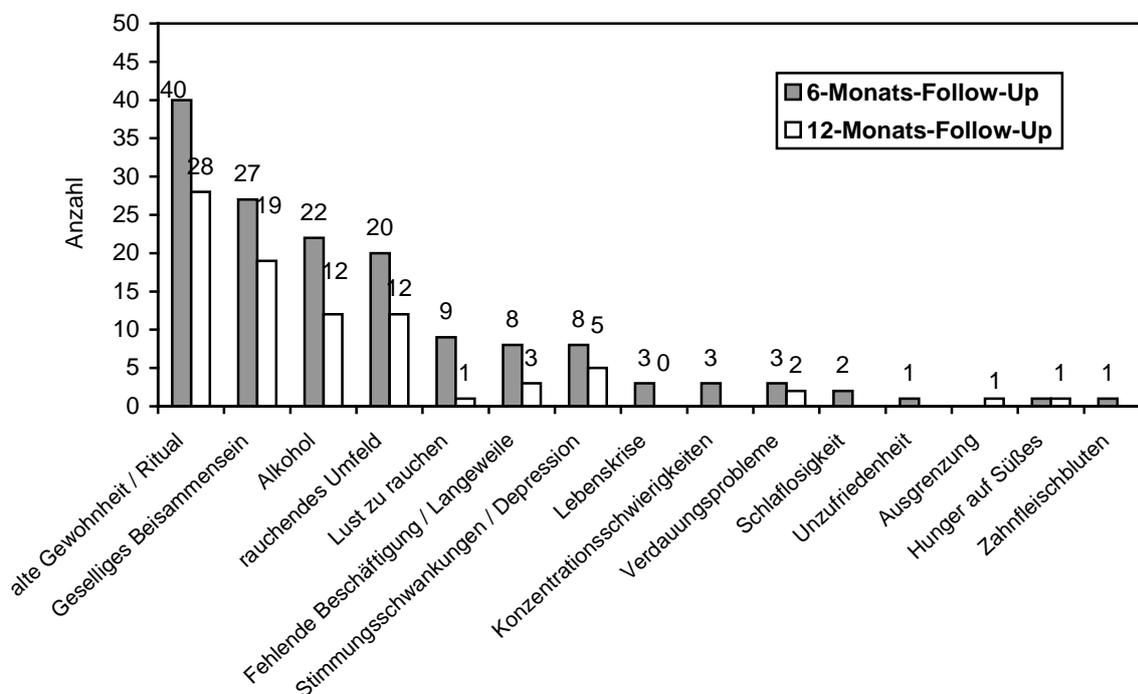


Quelle: eigene Berechnung

Dabei stellte sich heraus, dass die Mehrheit über Entzugserscheinungen wie 1) Nervosität und Unruhe (t1: 23 Personen, t2: 13 Personen), 2) Stimmungsschwankungen, schlechte Laune und Reizbarkeit (t1: 26 Personen, t2: 12 Personen), 3) Craving (t1: 15 Personen, t2: 9 Personen), 4) Schlafstörungen/-losigkeit (t1: 13 Personen, t2: 5 Personen), 5) Schweißausbrüche (t1: 7 Personen, t2: 1 Person) oder 6) Konzentrationsschwierigkeiten (t1: 7 Personen, t2: 2 Personen) berichtet. Vereinzelt wurden auch Antriebslosigkeit, Hyperaktivität oder körperliche Symptome wie Müdigkeit, Schwindel, Muskelzucken, Zittern, Frieren, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Hunger oder Verdauungsprobleme benannt.

Neben der Möglichkeit einer offenen Antwort unter „Entzugserscheinungen, und zwar“, konnten die Befragungsteilnehmer auch die Antwortoption „Sonstiges“ näher ausführen (siehe Abbildung 85). Von den 159 Programmteilnehmern im 6-Monats- (31,9%) und den 85 Programmteilnehmern im 12-Monats-Follow-Up (30,4%), die „Sonstiges“ angekreuzt haben, machen 157 Personen⁹ zu t1 und alle 85 Personen zu t2 dazu nähere Angaben. Diese Erläuterungen beinhalten zum Teil identische Angaben, wie sie auch unter „Entzugserscheinungen, und zwar“ zu finden sind.

Abbildung 85: Offene Antworten der erfolgreichen Programmteilnehmer zur Beschreibung der sonstigen Schwierigkeiten rauchfrei zu bleiben im 6- und 12-Monats-Follow-Up



Quelle: eigene Berechnung

⁹ Insgesamt 9 Aussagen können nicht eingeordnet werden, z.B. „die/“ oder „, lt. meinem Umfeld Channelling Jack Bauer ,“

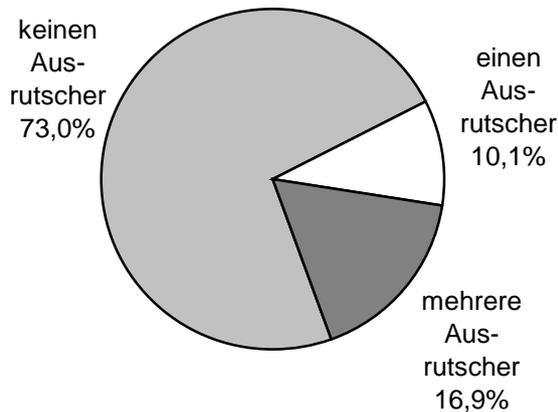
In beiden Nachbefragungen wird von der Mehrheit (t1: 40 Personen, t2: 28 Personen) als größte Schwierigkeit die Aufgabe eines Rituals genannt („alte Gewohnheiten ändern, neue Rituale schaffen“, „Gewohnheiten zu durchbrechen“, „Befreien der alten Rituale“), wobei in einigen Fällen positiv besetzte Begrifflichkeiten wie „Gemütlichkeitsrauchen“ oder „Genusszigarette“ verwendet werden. Eine Person äußert sich über den – als Verlust erlebten – eingestellten Tabakkonsum wie folgt: „Konnte das Genussmittel Zigarette durch nichts anderes ersetzen und fühle mich permanent um etwas betrogen“. An zweiter Stelle werden von 27 Personen im 6- und 19 Personen im 12-Monats-Follow-Up gesellige Zusammenkünfte und Treffen mit Freunden genannt („Rauchen auf Festen und Veranstaltungen“, „In Gesellschaft, Party“, „In guter Gesellschaft war es sehr schwer zu widerstehen.“, „Feiern“). An dritter und vierter Position wurden Situationen unter Alkoholeinfluss angegeben, die es den Betroffenen erschwert haben, auf Zigaretten zu verzichten („Alkohol und Party“, „die Kombination Kaffee oder Bier und Zigarette aufzugeben“) (t1: 22 Personen, t2: 12 Personen), sowie ein rauchendes Umfeld („rauchende Freunde und Lebenspartner“, „Rauchende Kollegen“) (t1: 20 Personen, t2: 12 Personen). Schwierigkeiten bereiteten zudem Situationen, in denen vormals geraucht wurde und in denen nun eine Beschäftigung fehlt. Zudem werden die Lust auf Zigaretten, Stimmungsschwankungen und Depressionen, Lebenskrisen wie der Tod eines Partners, Konzentrationsstörungen, Verdauungsprobleme, Schlaflosigkeit und -schwierigkeiten, Unzufriedenheit, Ausgrenzung, Hunger auf Süßigkeiten und Zahnfleischbluten vereinzelt als Hemmnis empfunden.

Verfehlungen

Im Anschluss an die Frage nach Hindernissen beim Durchhalten des Nichtrauchens wurden Verfehlungen thematisiert („Hatten Sie, nach dem Sie das Programm zum letzten Mal besucht haben, einen ‚Ausrutscher‘, d.h. haben Sie in der Zeit nach der letzten Nutzung des Programms noch einmal geraucht?“) (siehe Abbildung 86 und Abbildung 87). Ergebnis der Auswertung ist, dass in beiden Nachbefragungen mit 73,0% im 6-Monats- und 86,5% im 12-Monats-Follow-Up die große Mehrheit keine einzige Zigarette nach Programmbeendigung geraucht hat. Über „einen Ausrutscher“ berichten 10,1% im 6-Monats- und 6,7% im 12-Monats-Follow-Up. Mehrere Ausrutscher werden von 16,9% (t1) bzw. 6,7% (t2) angegeben.

Abbildung 86: Verfehlungen der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

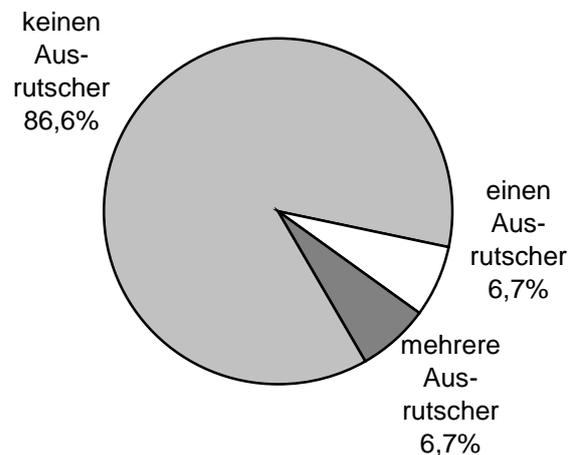
Hatten Sie, nach dem Sie das Programm zum letzten Mal besucht haben, einen "Ausrutscher", d.h. haben Sie in der Zeit nach der letzten Nutzung des Programms noch einmal geraucht?



Quelle: eigene Berechnung (n=498)

Abbildung 87: Verfehlungen der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Hatten Sie, nach dem Sie das Programm zum letzten Mal besucht haben, einen "Ausrutscher", d.h. haben Sie in der Zeit nach der letzten Nutzung des Programms noch einmal geraucht?



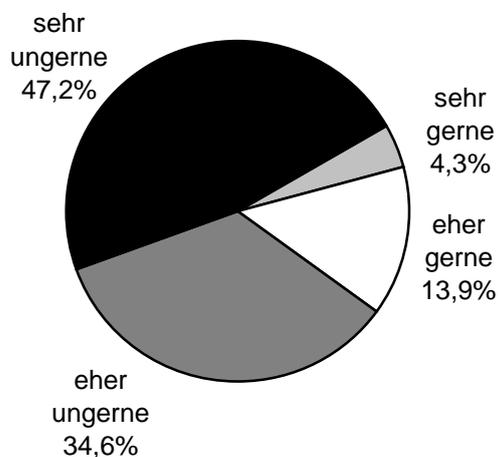
Quelle: eigene Berechnung (n=280)

Verlangen

Das Verlangen zu rauchen („Wie gerne würden Sie wieder rauchen?“) verspüren von den hier betrachteten erfolgreichen Programmteilnehmern nur wenige Personen (siehe Abbildung 88 und Abbildung 89).

Abbildung 88: Verlangen zu rauchen bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

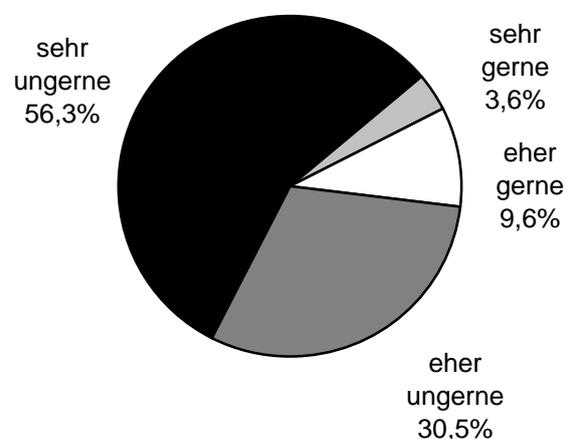
Wie gerne würden Sie wieder rauchen?



Quelle: eigene Berechnung (n=498)

Abbildung 89: Verlangen zu rauchen bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Wie gerne würden Sie wieder rauchen?



Quelle: eigene Berechnung (n=280)

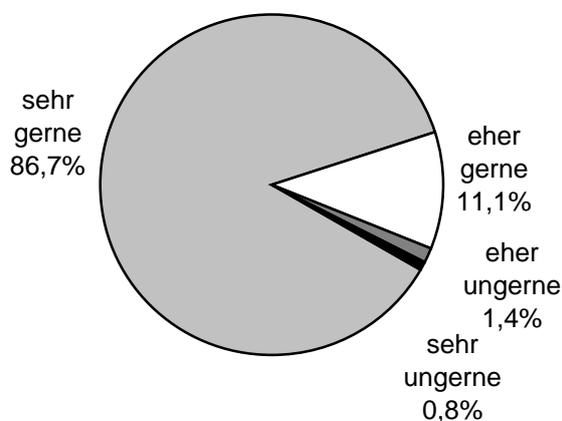
Zu beiden Befragungszeitpunkten geben etwa die Hälfte aller Teilnehmer an, „sehr ungerne“ wieder rauchen zu wollen (t1: 47,2%, t2: 56,3%). Etwa ein Drittel antwortet mit „eher ungerne“. Den Wunsch, wieder zu rauchen, verspürt zu t1 knapp jede fünfte bis sechste Person und zu t2 etwas jede siebte bis achte Person (Antworten „sehr gerne“ und „eher gerne“).

Motivation bei der Beibehaltung des Nichtraucherstatus

Analog dazu zeigt sich eine hohe Motivation, den erworbenen Nichtraucherstatus dauerhaft beizubehalten. So antworten auf die Frage „Wie gerne wollen Sie Nichtraucher/in bleiben?“ zu beiden Befragungszeitpunkten über 97% mit „sehr/eher gerne“. Eine Minderheit sagt aus, dass sie „eher ungerne“ (t1: 1,4%; t2: 0,4%) oder „sehr ungerne“ (t1: 0,8%; t2: 0,4%) den Nichtraucherstatus beibehalten wollen.

Abbildung 90: Motivation den Nichtraucherstatus beizubehalten bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

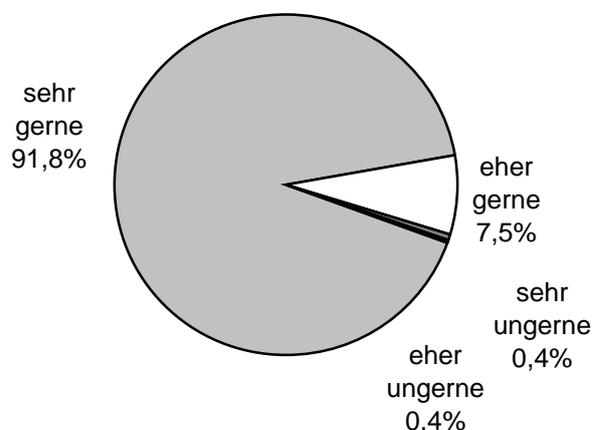
Wie gerne wollen Sie Nichtraucher/in bleiben?



Quelle: eigene Berechnung (n=498)

Abbildung 91: Motivation den Nichtraucherstatus beizubehalten bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Wie gerne wollen Sie Nichtraucher/in bleiben?



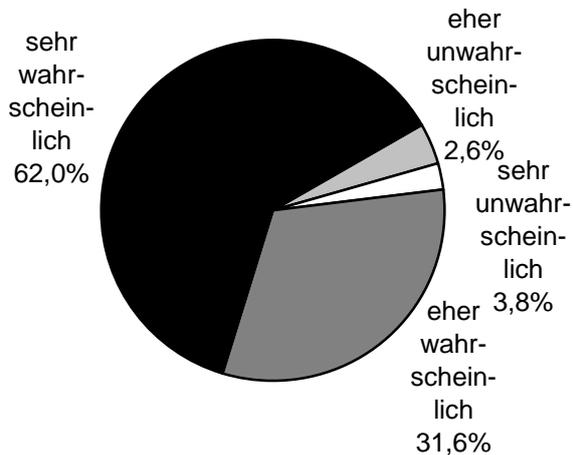
Quelle: eigene Berechnung (n=280)

Wahrscheinlichkeit der Beibehaltung des Nichtraucherstatus

Die Wahrscheinlichkeit, den eigenen Nichtraucherstatus im kommenden halben Jahr beizubehalten, stufen im 6-Monats-Follow-Up knapp 2/3 und 12-Monats-Follow-Up etwa 3/4 aller Personen als sehr wahrscheinlich ein (siehe Abbildung 92 und Abbildung 93). Die Antworten „sehr unwahrscheinlich“ und „eher unwahrscheinlich“ geben bei der ersten Nachbefragung 6,4% und bei der zweiten Nachbefragung 7,5% der Teilnehmer.

Abbildung 92: Wahrscheinlichkeit den Nichtraucherstatus beizubehalten bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

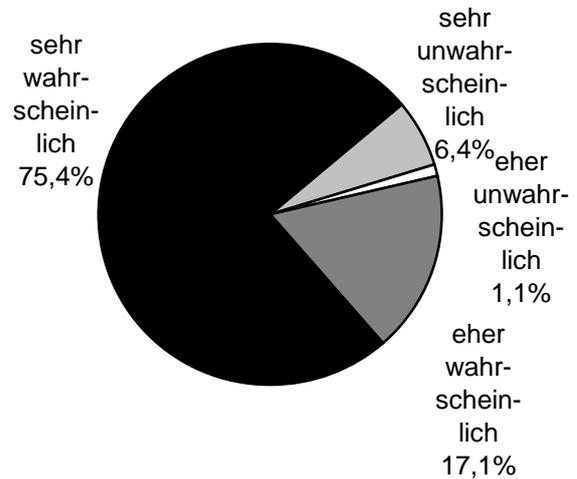
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass es Ihnen gelingt, in den nächsten 6 Monaten Nichtraucher/in zu bleiben?



Quelle: eigene Berechnung (n=498)

Abbildung 93: Wahrscheinlichkeit den Nichtraucherstatus beizubehalten bei den rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass es Ihnen gelingt, in den nächsten 6 Monaten Nichtraucher/in zu bleiben?

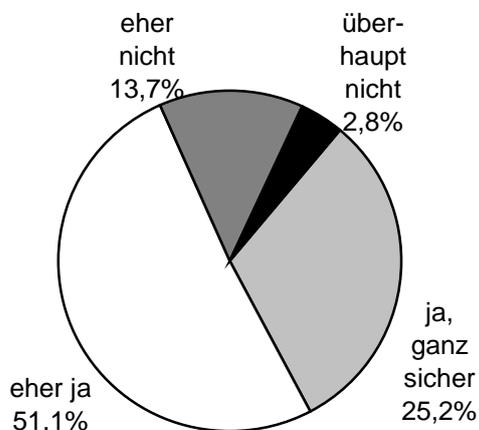


Quelle: eigene Berechnung (n=280)

Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm

Abbildung 94: Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 6-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

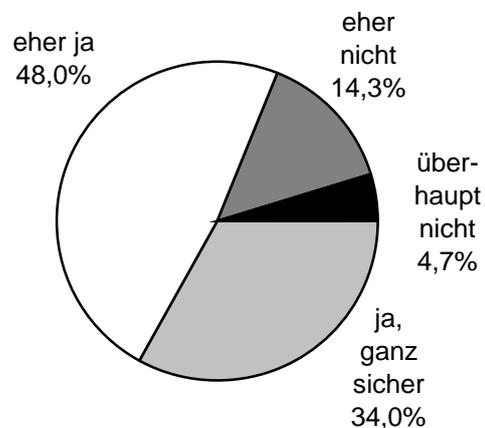
Denken Sie, dass das was Sie im Rahmen des Programms gelernt haben, Ihnen dabei helfen wird, Nichtraucher/in zu bleiben?



Quelle: eigene Berechnung (n=498)

Abbildung 95: Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm der rauchfreien Befragungsteilnehmer im 12-Monats-Follow-Up (Angaben in Prozent)

Denken Sie, dass das was Sie im Rahmen des Programms gelernt haben, Ihnen dabei helfen wird, Nichtraucher/in zu bleiben?



Quelle: eigene Berechnung (n=280)

Die Mehrheit aller Befragungsteilnehmer, die sich im Rahmen der Nachbefragungen als Nichtraucher einstufen, bewertet die Hilfe durch das rauchfrei-Ausstiegsprogramm als gut und antwortet auf die Frage „Denken Sie, dass das was Sie im Rahmen des rauchfrei-Ausstiegsprogramms gelernt haben, Ihnen dabei helfen wird, Nichtraucher/in zu bleiben?“ mit „Ja, ganz sicher“ (t1: 25,2%, t2: 34,0%) oder mit „Eher ja“ (t1: 51,1%, t2: 48,0%) (siehe Abbildung 94 und Abbildung 95). Ein geringer Anteil der Befragten empfindet keine Unterstützung durch das Ausstiegsprogramm und antwortet mit „eher nicht“ (t1: 13,7%; t2: 14,3%) oder „überhaupt nicht“ (t1: 2,8%; t2: 4,7%).

Im tabellarischen Anhang sind alle Evaluationsergebnisse gebündelt zusammengefasst (siehe Tabelle 29).

7.4.8 Bewertung, Bereitschaft zur Weiterempfehlung und Unterstützungsbedarf

Der Schwerpunkt des folgenden Kapitels liegt auf den Fragen, wie das internetbasierte rauchfrei-Ausstiegsprogramm den Nutzern gefallen hat und welcher weitere Unterstützungsbedarf notwendig ist. Es folgt somit eine Analyse der Programmbewertung in Form von Schulnoten, der grundsätzlichen Weiterempfehlungsbereitschaft der Programmuser sowie der Angaben zu vermissten Programmbestandteilen und gewünschter Unterstützung für die Zukunft.

Programmbewertung

Insgesamt 843 Personen im 6-Monats- und 410 Personen im 12-Monats-Follow-Up bewerteten das rauchfrei-Ausstiegsprogramm anhand von Schulnoten und vergaben die Durchschnittsnote 2,55 bzw. 2,28 (siehe Tabelle 20). Somit wird deutlich, dass in beiden Fällen durchschnittlich mit „gut minus“ bewertet wurde, obwohl Personen im 12-Monats-Follow-Up das Ausstiegsprogramm tendenziell etwas besser einstufen als Personen im 6-Monats-Follow-Up. Deutlich wird dieser Unterschied auch mit Blick auf die Verteilung der Noten „sehr gut“ und „gut“, da insgesamt 70,0% aller t2-Befragten und 59,4% aller t1-Befragten diese Benotungen abgegeben haben.

Sowohl im 6- als auch im 12-Monats-Follow-Up benoten Teilnehmer mit Status „Nichtraucher“ (t1: Note 2,26 / t2: Note 2,09) das Ausstiegsprogramm besser als Personen mit Status „Raucher“ (t1: Note 2,97 / t2: Note 2,64). Bedeutsame geschlechts- oder altersspezifische Unterschiede sind in beiden Nachbefragungen nicht erkennbar: Männer (t1: Note 2,48 / t2: Note 2,28) und Frauen (t1: Note 2,61 / t2: Note 2,37) benoten zu beiden Befragungszeitpunkten ähnlich, wobei beide Geschlechter etwas bessere Durchschnittsnoten in der t2-Befragung angeben. Auch über und unter 40-Jährige benoten nahezu identisch, wobei im 12-Monats-Follow-Up bessere Durchschnittsnoten vergeben worden sind.

Mit Blick auf die gewählte Ausstiegsvariante fällt auf, dass Personen, die den Direkt- oder Quereinstieg gewählt haben, etwas besser benoten als Personen mit der regulären Programmstartvariante. Im Vergleich zur t1-Befragung fallen in der t2-Befragung abermals die etwas besseren Durchschnittsnoten auf.

Tabelle 20: Programmbeurteilung von Teilnehmern des rauchfrei-Ausstiegsprogramms im 6- und 12-Monats-Follow-Up (Prozent)

Programmbewertung								
Bitte bewerten Sie aus heutiger Sicht das rauchfrei-Ausstiegsprogramm danach, wie gut es Ihnen bei Ihrem Rauchausstieg geholfen hat. Bitte vergeben Sie hierfür eine Schulnote								
6-Monats-Follow-Up (t1-Befragung)								
	<i>Mittelwert</i>	<i>Standard-abweichung</i>	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend
Grundgesamtheit (n=843)	2,55	1,173	14,6%	44,8%	21,5%	11,2%	5,7%	2,3%
Status „Nichtraucher“ (n=498)	2,26	0,961	18,3%	51,8%	18,5%	8,4%	2,8%	0,2%
Status „Raucher“ (n=345)	2,97	1,318	9,3%	34,8%	25,8%	15,1%	9,9%	5,2%
Männer (n=388)	2,48	1,122	14,4%	48,5%	20,4%	9,5%	5,7%	1,5%
Frauen (n=455)	2,61	1,213	14,7%	41,8%	22,4%	12,5%	5,7%	2,9%
Unter 40 Jahre (n=518)	2,53	1,153	14,5%	46,3%	19,7%	12,2%	5,6%	1,7%
Über 40 Jahre (n=324)	2,59	1,207	14,8%	42,3%	24,4%	9,6%	5,9%	3,1%
Regulärer Programmstart (n=453)	2,67	1,246	13,5%	41,7%	22,5%	11,9%	7,1%	3,3%
Direkter Programmstart (n=132)	2,36	1,036	14,4%	54,5%	17,4%	9,1%	3,0%	1,5%
Quereinstieg (n=258)	2,44	1,083	16,7%	45,3%	21,7%	10,9%	4,7%	0,8%
12-Monats-Follow-Up (t2-Befragung)								
	<i>Mittelwert</i>	<i>Standard-abweichung</i>	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend
Grundgesamtheit (n=410)	2,28	1,046	20,2%	49,8%	16,3%	9,5%	3,4%	0,7%
Status „Nichtraucher“ (n=280)	2,09	0,957	25,4%	52,9%	11,8%	7,5%	2,1%	0,4%
Status „Raucher“ (n=113)	2,64	1,094	9,7%	44,2%	27,4%	11,5%	5,3%	1,8%
Männer (n=183)	2,28	0,929	15,8%	53,6%	20,2%	7,1%	3,3%	-
Frauen (n=227)	2,37	1,087	18,9%	46,7%	18,1%	11,0%	4,8%	0,4%
Unter 40 Jahre (n=238)	2,24	0,948	18,9%	52,5%	17,6%	8,0%	2,9%	-
Über 40 Jahre (n=171)	2,47	1,102	15,8%	45,6%	21,1%	11,1%	5,8%	0,6%
Regulärer Programmstart (n=202)	2,41	1,099	17,8%	46,5%	19,8%	9,4%	5,9%	0,5%
Direkter Programmstart (n=67)	2,24	0,818	13,4%	59,7%	16,4%	10,4%	-	-
Quereinstieg (n=141)	2,28	0,986	19,1%	49,6%	19,1%	8,5%	3,5%	-

Quelle: eigene Berechnung

Vermisste Bestandteile

Zu beiden Nachbefragungszeitpunkten wurden die Teilnehmer nach Aspekten gefragt, die sie während ihrer Programmnutzung vermisst haben („Gibt es im Programm aus heutiger Sicht etwas, was Ihnen gefehlt hat? Wenn ja, was ist das?“). In der t1-Nachbefragung äußerten sich 221 Personen und in der t2-Nachbefragung antworteten 59 Personen. Alle Antworten, die sich auf die gestellte Frage beziehen, lassen sich den Kategorien „mehr Informationen / Empfehlungen“, „mehr Unterstützung“, „Gestaltung / Programmstruktur grundsätzlich“ oder „Sonstiges“ zuordnen.

An erster Stelle der vermissten Bestandteile steht in der t1- und t2-Follow-Up-Befragung die Kategorie „mehr Unterstützung“ (t1: 80 Nennungen, t2: 23 Nennungen). An zweiter Position steht der Ansatzpunkt „Gestaltung / Programmstruktur grundsätzlich“ (t1: 51 Nennungen, t2: 13 Nennungen), gefolgt von dem Wunsch nach „mehr Informationen / Empfehlungen“ (t1: 43 Nennungen, t2: 8 Nennungen). Die Kategorie „Sonstiges“ findet sich an vierter Stelle (t1: 7 Nennungen, t2: 1 Nennung).

Kategorie „mehr Unterstützung“

Der vielfach genannte Wunsch nach mehr Unterstützung bezieht sich mehrheitlich auf eine längere Programmlaufzeit (t1: 38 Nennungen, t2: 13 Nennungen). Aussagen wie „Das Programm als solches ist toll und hat mir sehr geholfen, nur leider war für mich die Laufzeit zu kurz, ich hätte länger Unterstützung gebrauchen können (tägliche Infos per Mail, Rauchtagebuch, Anzeige gespartes Geld etc.)“ verdeutlichen dieses Anliegen. Zum Teil äußern sich die Programmteilnehmer auch über den Zeitraum der Programmverlängerung und geben eine über mehrere Monate oder Jahre andauernde Programmlaufzeit an („besser wäre 3 Jahre mindestens 1 Jahr“, „über 6 Monate oder mehr“).

Besondere Bedeutung hat die Kommunikation mit Gleichgesinnten, die von 19 Personen im 6-Monats- und 3 Personen im 12-Monats-Follow-Up angeführt worden ist. Der Austausch mit anderen Programmteilnehmern zur Besprechung persönlicher Erfahrungen ist zentral. Als wichtiges Instrument wird „der tägliche Chat“ angesehen.

An dritter Stelle der häufigsten Antworten der Kategorie „mehr Unterstützung“ steht der Wunsch nach einem persönlichen Ansprechpartner (t1: 13 Nennungen, t2: 4 Nennungen), der namentlich bekannt ist („keine realen Ansprechpartner um sich gegenseitig zu motivieren alles nur verarsche“).

Kategorie „Gestaltung / Programmstruktur grundsätzlich“

Die angebotene Hilfe durch das rauchfrei-Ausstiegsprogramm sollte persönlicher und individueller gestaltet werden (t1: 20 Nennungen, t2: 1 Nennung). Ein Programmteilnehmer verdeutlicht dieses indem er angibt, dass das Programm „zu wenig individuell auf die Person zugeschnitten [ist], es werden täglich standard Phrasen angeboten- die man sich nicht durchlesen möchte weil diese jeden Tag gleich sind“. Ein Ansatzpunkt zur individuelleren Gestaltung ist persönliches Lob und Bestärkung das Nichtrauchen durchzuhalten (t1: 2 Nennungen).

Zur Verbesserung des Programms trägt auch eine Verlängerung des Erfolgsdiagramms zum Eintragen der nicht mehr gerauchten Zigaretten bei, lauten die Aussagen von Programmteilnehmern (t1: 7 Nennungen, t2: 3 Nennungen).

Von einigen Programmteilnehmern wurde zudem eine bessere Programmierung (t1: 5 Nennungen, t2: 1 Nennung), Abschreckung durch Bilder (t1: 4 Nennungen, t2: 2 Nennungen), ein frei wählbarer Ausstiegstermin (t1: 4 Nennungen) oder eine „übersichtlichere Gestaltung der Seite“ (t1: 2 Nennungen) angeführt.

Kategorie „mehr Informationen / Empfehlungen“

Das Bedürfnis nach mehr Informationen und weiteren Empfehlungen spiegelt sich in einigen Äußerungen wider, die sich auf unterschiedliche Bereiche beziehen. Ein spezielles Thema, das mehrheitlich genannt wird, ist nicht vorhanden. Zwischen ein und sechs Nennungen entfallen auf alle Äußerungen. Der Vorschlag, der mit 6 Nennungen zum Zeitpunkt der ersten Nachbefragung am häufigsten auftritt (t2: 1 Nennung), bezieht sich auf das Thema „positive körperliche Veränderungen nach einem Rauchstopp“ und die gesundheitlichen Vorteile („Toll wäre jedoch hin und wieder eine Info, was sich positiv nach einer gewissen Zeit gesundheitlich verbessert hat.“). Daneben besteht vereinzelt der Wunsch nach Beendigung des Ausstiegsprogramms häufiger an die schädlichen Auswirkungen des Rauchens erinnert zu werden, mehr Hinweise zu Verhaltensweisen in schwierigen Situationen, weitere Tipps zur Entwöhnung und Informationen zu Entzugserscheinungen, Informationen zu anderen Ausstiegsmethoden sowie zum Umgang mit Rückfällen. Von Bedeutung ist zudem der Bereich „Ernährung / Maßnahmen gegen Gewichtszunahme“ sowie der Wunsch nach einem Ersatz für das Rauchen, „Mehr Aufklärung über Nikotinersatz“, mehr Entspannungsübungen und Bewegungstipps für Menschen mit Handicaps.

Kategorie „Sonstiges“

Ein kleiner Teil der Programmnutzer empfiehlt das Buch „Endlich Nichtraucher“ von Allan Carr und wünscht sich einen Hinweis auf dieses Buch im Ausstiegsprogramm (t1: 2 Nennungen, t2: 1 Nennung): „Bei aller gebotenen Neutralität des Programm möchte ich einen stärkeren Hinweis auf das Buch Endlich Nichtraucher von Allan Carr empfehlen. Dieses Buch erleichterte mir den Ausstieg erheblich.“. Eine Verlängerung des Kalenders für die ersten 100 rauchfreien Tage wünschen sich 3 Personen in der ersten Nachbefragung („Der Kalender war echt prima, jedoch sollte dieser noch ein paar Tage länger gehen. 200 oder gar 365 Tage“).

Es lässt sich konstatieren, dass die Mehrheit aller t1- und t2-Befragungsteilnehmer, die sich zur Frage nach vermissten Programmbestandteilen und Optimierungsmöglichkeiten geäußert haben, eine Verlängerung der Programmbetreuung angibt (siehe Tabelle 21). Auf Platz zwei und drei folgenden direkt hintereinander der Wunsch nach mehr Kommunikation mit Gleichgesinnten und Austausch mit anderen Programmteilnehmern und eine persönlichere und individuellere Programmgestaltung. An vierter Stelle steht das Bedürfnis nach einem persönlichen Ansprechpartner gefolgt von dem Wunsch nach einer Verlängerung des Erfolgsdiagramms, um die nichtgerauchten Zigaretten über einen längeren Zeitraum eintragen zu können.

Tabelle 21: Ranking der am meisten vermissten Programmbestandteile im t1- und t2-Follow-Up (eigene Darstellung)

Platzierung	Vermisste Programmbestandteile (Gibt es im Programm aus heutiger Sicht etwas, was Ihnen gefehlt hat? Wenn ja, was ist das?)	Anzahl der Nennungen in t1 und t2
1	längere Betreuung	51
2	mehr Kommunikation mit Gleichgesinnten und Austausch mit anderen Programmteilnehmern	22
3	persönlichere und individuellere Programmgestaltung	21
4	persönlicher Ansprechpartner / persönliche Betreuung	17
5	Verlängerung des Erfolgsdiagramms zum Eintragen der nicht mehr gerauchten Zigaretten	10
6	mehr Informationen und Empfehlungen zum Thema „positive körperliche Veränderungen nach einem Rauchstopp“	7
6	mehr Informationen und Empfehlungen zum Thema „Ernährung / Maßnahmen gegen Gewichtszunahme“	7
7	bessere Programmierung	6
7	mehr Informationen und Empfehlungen zum Thema „Ersatz für das Rauchen“	6
7	mehr Abschreckung durch Bilder	6

Anzumerken ist, dass nicht in allen Fällen auf die Fragestellung eingegangen wurde. Zum Teil handelt es sich um Statements, kritische Meinungsäußerungen oder lobende Anmerkungen (t1: 43 Personen, t2: 14 Personen): Bei den Statements fällt auf, dass teilweise auch auf andere Ausstiegshilfen zurückgegriffen worden ist (t1: 4 Personen, t2: 2 Personen). Nikotinersatzmittel wie Nikotinpflaster („ich hab mit Hilfe des Programmes und den Nikotin Pflastern aufgehört...“) oder Nikotinkaugummi („Ich habe es nicht mit Hilfe des Programms geschafft aufzuhören, sondern mit Hilfe von Nikotinkaugummi.“), Gruppenausstiegsangebote („Ich habe parallel zum Programm an einem Nichtraucher-Seminar teilgenommen- das hat mir dadurch noch besser geholfen“) oder die Nichtrauchererspritze wurden genannt.

Die geäußerte Kritik war mehrheitlich positiv (t1: 15 lobende Personen, t2: 8 lobende Personen) und bezog sich auf unspezifische lobende Worte („Das Programm ist echt gut“, „Top-Programm“, „Super!“), spezifische Elemente („am meisten hat mir der Hundert-tagekalender und die hilfreichen tips in den e-mails gefallen!“), Danksagungen („Nein, es war alles super. Vielen Dank für die tolle Unterstützung“) oder Ermunterungen zur Fortführung des Ausstiegsprogramms („Weiter so ,-)“). Positiv hervorgehoben wurde die sachliche, wissenschaftlich fundierte Informationsaufbereitung („Gut finde ich, dass man diesen sehr emotional geladenen Entzug durch die Informationen von euch versachlichen kann. Man steigert sich nicht hinein, sondern beobachtet sich selbst als Versuchsobjekt.“, „Die größte Hilfe bei Ihrem Programm war für mich, immer etwas seriöses zum Lesen zu haben, weil ich mich natürlich mit dem Rauchen beschäftigt habe“), die jedoch in anderen Fällen als zu „statistisch“ angesehen („zu unpersönlich. zu wenig an der lebenswelt orientiert. [...]zu platt teilweise. kommt sehr statistisch“) und als „sehr sachlich, teilweise zu stumpf, zu viel blablabla text, der wenig richtigen inhalt hat, eher für bildungsbürgerInnen, zu altbacken“ bewertet wurde. Die negative Kritik (t1: 7 Personen, t2: 2 Personen) bezieht sich auf die Inhalte („konnt mit dem tips nichts anfangen“), die wahrgenommene Unterstützung („Keine wirklich nützliche Unterstützung beim Aufhören. Lediglich Allgemeinplätze.“), fehlende Erinnerungen („Ich hab ehrlich gesagt nichts mehr davon in Erinnerung. Daher bewerte ich es eher als nicht gut. Denn: Gute Sachen vergisst man nicht.“) oder den Verweis auf andere Programme („Das Programm war zu oberflächlich. Die Internetseite stop-simply ist wesentlich besser“).

In 14 Fällen (t1: 12 Personen, t2: 2 Personen) wurde die zentrale Bedeutung des eigenen Willens erkannt und verbalisiert, wie z.B. „Das Programm unterstützt gut - den eigenen Willen kann es natürlich nicht abnehmen.“.

Über die Intensität der Programmnutzung kann keine Aussage gemacht werden. Einige Äußerungen lassen auf eine regelmäßige Nutzung schließen, andere Anmerkungen wiederum zeigen eine geringe Inanspruchnahme (z.B. „Ich muss sagen, dass ich das Programm eher weniger genutzt habe, da ich nach lesen des Buches Endlich Nichtraucher von Allen Carr endlich diesen Dingen entsagen konnte und das ohne große Probleme, so dass ich das Programm gar nicht mehr nutzen brauchte.“).

Unterstützungsbedarf zur Aufrechterhaltung des Status „Nichtraucher“

Von den 498 Programmteilnehmern bzw. den 280 Programmteilnehmern, die sich zum Zeitpunkt der Nachbefragungen als „Nichtraucher“ bezeichnen, beantworteten zu t1 insgesamt 171 Personen und zu t2 insgesamt 37 Personen die Frage „Welche Art von Unterstützung würden Sie sich wünschen, um Nichtraucher/in zu bleiben?“. Die Auswertung der Antworten macht deutlich, dass zum Teil identische Wünsche auftreten, die bereits bei der Frage nach den vermissten Programmbestandteilen genannt wurden. Dies wird in den folgenden Ausführungen ersichtlich:

An erster Stelle steht auch bei dieser Frage der Wunsch nach mehr Zuspruch (Kategorie „mehr Unterstützung“), der von der Mehrheit der befragten Nichtraucher genannt wird (t1: 87 Nennungen, t2: 16 Nennungen). Auf die Kategorie „mehr Informationen / Empfehlungen“ entfallen mit 35 Nennungen zum ersten und 5 Nennungen zum zweiten Nachbefragungszeitpunkt die zweit häufigsten Stimmen. An dritter Stelle steht die Kategorie „Strukturelles“ (t1: 27 Nennungen, t2: 6 Nennungen), an die sich die Kategorien „Gestaltung / Programmstruktur grundsätzlich“ (t1: 18 Nennungen, t2: 2 Nennungen), „Keine Unterstützung gewünscht“ (t1: 12 Nennungen, t2: 7 Nennungen) und „Sonstiges“ (t1: 2 Nennungen, t2: 0 Nennungen) anschließen.

Kategorie „mehr Unterstützung“

Von besonderer Bedeutung sind für die Mehrheit der Nichtraucher mehr Bestätigung, Lob und Anerkennung sowie regelmäßige Erinnerungen vom rauchfrei-Ausstiegsprogramm (t1: 39 Nennungen, t2: 7 Nennungen). Dies äußert sich in Aussagen wie „Bestätigung, Lob, Motivation weiter durchzuhalten.“, „Ein mal pro woche eine erinnerung per e mail oder so mit der Info warum es so schön ist nicht mehr zu rauchen, verbunden mit einem Lob“ oder „Fürsprache und Ermutigung“. Daran schließt sich der Wunsch nach häufigerem Nachfragen an, „ob man noch Nichtraucher ist oder nicht“. Somit würden die ehemaligen Programmteilnehmer an ihren erfolgreichen Rauchausstieg erinnert und erneut zum Durchhalten der neuen Verhaltensweise motiviert („Alle paar Monate dieser Fragebogen (denn er bringt einen wieder zum Nachdenken)“) (t1: 16 Nennungen, t2: 5 Nennungen). An dritter Stelle steht das Bedürfnis nach Austausch und Kommunikation mit Gleichgesinnten (t1: 11 Nennungen), gefolgt von einer längeren Betreuung und Programmlaufzeit (t1: 7 Nennungen, t2: 1 Nennung) und dem Verlangen nach Belohnung (t1: 5 Nennungen). Mit dem letzten Aspekt werden häufig materielle Entlohnungen der Krankenkasse angeführt:

„Erlassung der Krankenkassenbeiträge für 1/2 Jahr ,-)“, „Kostenfreie Sport-/Ernährungsprogramme von den Krankenkassen für Nikotinaussteiger“. Vereinzelt wird mehr Ermutigung durch das Umfeld wie Freunde, Familienangehörige oder Arbeitskollegen erwartet (t1: 3 Nennungen), Unterstützung per Telefon oder Handy (t1: 2 Nennungen) sowie durch einen persönlichen Ansprechpartner (t1: 2 Nennungen).

Kategorie „mehr Informationen / Empfehlungen“

Der Wunsch nach mehr Informationen und Empfehlungen bezieht sich überwiegend auf die Themen „Positive körperliche Veränderungen und gesundheitliche Vorteile nach einem Rauchstopp“ (t1: 8 Nennungen, t2: 1 Nennung) sowie „Ernährungs-/Diättipps“ (t1: 8 Nennungen, t2: 2 Nennungen) („Hilfe bei der Gewichtsabnahme!!“). Damit die Gesundheitsgefahren durch Rauchen präsent bleiben, wollen 7 Personen in der t1 Nachbefragung „an schlechten Seiten des Rauchens erinnert werden!!!“ („Immer mal wieder Erinnerung an abschreckende Fakten, was Rauchen anrichtet. Das verblasst in den Zeiten, in denen mir mehr nach Zigaretten ist.“). „Mehr Tipps zum Umgang mit Stresssituationen“ und Entspannungsübungen wünschen sich 6 Personen im Rahmen der ersten Nachbefragung. In wenigen Fällen wird auch der Wunsch nach Alternativen für die Zigarette bzw. einem Ersatz für das Rauchen, mehr Kenntnis über den Erfolg anderer Programmteilnehmer, Bewegungstipps und Maßnahmen gegen Rückfallgefahr geäußert.

Kategorie „Strukturelles“

Unter strukturellen Gesichtspunkten, die die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betreffen, würden sich die befragten Programmteilnehmer eine rauchfreie Umgebung und eine Ausweitung von Rauchverboten in öffentlichen Einrichtungen (t1: 6 Nennungen, t2: 2 Nennungen) und mehr Toleranz von Rauchern gegenüber der eigenen Entscheidung nicht mehr zu rauchen (t1: 4 Nennungen) wünschen. Weitere Einzelnennungen entfallen auf die Bereiche „Erhöhung der Tabaksteuer“, „Bildliche Warnhinweise auf Zigarettenschachteln“, „Verkauf von Tabakwaren in Supermärkten verbieten“, „Werbeverbot für Tabakwaren“, „Abschaffung von Zigarettensautomaten“ und „weniger gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber Tabakkonsum“.

Kategorie „Gestaltung / Programmstruktur grundsätzlich“

Eine Verlängerung des Erfolgsdiagramms zum Eintragen der nicht mehr gerauchten Zigaretten ist für einige Programmuser wesentlich (t1: 11 Nennungen, t2: 2 Nennungen)

(„dass man länger in die Ausstiegsübersicht seinen Konsum bzw. Nicht-Konsum eintragen kann. Ich schaue immer noch nach wie viele Tage ich schon nicht mehr rauche.“). Eine persönlichere Unterstützung (t1: 2 Nennungen), mehr Abschreckung durch Bilder (t1: 3 Nennungen) und eine bessere Programmierung (t1: 2 Nennungen) sind weitere Aspekte, die unter diese Kategorie fallen.

Kategorie „Keine Unterstützung gewünscht“

Ein nicht geringer Anteil Personen gibt an, keine weitere Unterstützung zu benötigen, um Nichtraucher zu bleiben (t1: 12 Nennungen, t2: 7 Nennungen). Äußerungen wie „brauche keine Unterstützung da ich nie mehr rauchen möchte“ belegen dies.

Kategorie „Sonstiges“

Unter „Sonstiges“ entfallen lediglich zwei Nennungen: Ein Befragungsteilnehmer wünscht sich eine Verlängerung des 100-Tage-Kalenders und eine andere Person kann sich eine Unterstützung mittels Nikotinersatz vorstellen.

In der Zusammenschau der Ergebnisse (siehe Tabelle 22), in der die Anzahl der Nennungen unabhängig von der Kategorie dargestellt werden, lässt sich feststellen, dass sich die Mehrheit mehr Bestätigung, Lob und Motivation wünscht, um weiterhin Nichtraucher zu bleiben (Platz 1).

Tabelle 22: Ranking der am häufigsten gewünschten Unterstützungsarten von Nichtrauchern zur Aufrechterhaltung ihres Nichtraucherstatus im t1- und t2-Follow-Up (eigene Darstellung)

Platzierung	Gewünschte Unterstützung von Nichtrauchern zur Aufrechterhaltung ihres Nichtraucherstatus (Welche Art von Unterstützung würden Sie sich wünschen, um Nichtraucher/in zu bleiben?)	Anzahl der Nennungen in t1 und t2
1	Mehr Bestätigung, Lob und Motivation weiter durchzuhalten	46
2	häufiger nachfragen	21
3	keine	19
4	Verlängerung des Erfolgsdiagramms zum Eintragen der nicht mehr gerauchten Zigaretten	13
5	mehr Kommunikation mit Gleichgesinnten und Austausch mit anderen Programmteilnehmern	11
6	mehr Informationen und Empfehlungen zum Thema „Ernährung / Maßnahmen gegen Gewichtszunahme“	10
7	mehr Informationen und Empfehlungen zum Thema „positive körperliche Veränderungen nach einem Rauchstopp“	9
8	rauchfreie Umgebung / Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen	8
8	längere Betreuung	8
9	mehr Informationen und Empfehlungen zum Thema „Gesundheitsgefahren durch Rauchen“	7
10	mehr Informationen und Empfehlungen zur Stressbewältigung und zu Entspannungsübungen	6

Auf Platz zwei der häufigsten Unterstützungsarten, die sich Nichtraucher zur Aufrechterhaltung ihres Nichtraucherstatus wünschen, steht das Bedürfnis nach regelmäßigen Erinnerungen in Form von Nachbefragungen zum aktuellen Raucherstatus. Nur zwei Stimmen weniger entfallen auf die Aussage „keine weitere Unterstützung gewünscht“, die somit auf Platz drei wiederzufinden ist. Auf den beiden nachfolgenden Platzierungen wurden die Bedürfnisse nach einer Verlängerung des Erfolgsdiagramms zum Eintragen der nicht mehr gerauchten Zigaretten (Platz 4) und nach mehr Austausch mit Gleichgesinnten (Platz 5) artikuliert. Zehn oder weniger Stimmen entfallen auf die nachfolgenden Platzierungen, die Tabelle 22 entnommen werden können.

Unterstützungsbedarf zur Erlangung des Status „Nichtraucher“

Von den 354 Programmteilnehmern bzw. den 113 Programmteilnehmern, die sich zum Zeitpunkt der Nachbefragungen als „Nichtraucher“ bezeichnen, beantworteten zu t1 insgesamt 247 Personen und zu t2 insgesamt 58 Personen die Frage „Welche Art von Unterstützung würden Sie sich wünschen, um Nichtraucher/in zu werden?“. Auffallend ist, dass sich auch bei dieser Fragestellung Überschneidungen zu den beiden vorhergehenden Themen „Vermisste Programmbestandteile“ und „Unterstützungsbedarf zur Aufrechterhaltung des Status Nichtraucher“ ergeben.

Unterteilt in die bekannte Kategorisierung fällt auf, dass abermals die Kategorie „mehr Unterstützung“ (t1: 134 Nennungen, t2: 24 Nennungen) am häufigsten auftritt. Danach folgen die Kategorien „Sonstiges“ (t1: 57 Nennungen, t2: 14 Nennungen), „mehr Informationen / Empfehlungen“ (t1: 27 Nennungen, t2: 2 Nennungen), „keine Unterstützung gewünscht“ (t1: 16 Nennungen, t2: 9 Nennungen), „Gestaltung / Programmstruktur grundsätzlich“ (t1: 10 Nennungen, t2: 2 Nennungen) und „Strukturelles“ (t1: 9 Nennungen, t2: 1 Nennung).

Kategorie „mehr Unterstützung“

Von großer Bedeutung sind Zuspruch und Unterstützung durch eine persönliche Beratung („Eben eine etwas persönlichere Betreuung“) mithilfe eines direkten Ansprechpartners. 27 Nennungen im 6-Monats- und 3 Nennungen im 12-Monats-Follow-Up entfallen auf diesen Wunsch. Die Angaben beider Nachbefragungen summiert im Bereich ‚mehr Austausch und Kommunikation mit Gleichgesinnten‘ ergeben ebenfalls 30 Zustimmungen (t1: 29 Nennungen, t2: 1 Nennung). Auf dem Weg zum Nichtraucher wünschen sich die hier betrachteten noch rauchenden Programmteilnehmer eine längere Programmlaufzeit (t1: 19

Nennungen, t2: 4 Nennungen). Neben dem Wunsch nach professioneller Unterstützung durch Ärzte (t1: 6 Nennungen) und Psychologen (t1: 9 Nennungen) sowie mithilfe stationärer Aufenthalte („Eine richtige Entziehungskur, sowas wie es auch für Alkoholiker und Drogen-/Medikamentenabhängige gibt“) (t1: 4 Nennungen) ist die persönliche Unterstützung durch das private Umfeld zentral (t1: 13 Nennungen, t2: 5 Nennungen). Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang nicht nur die Partner, sondern auch andere nahestehende Personen wie Freunde, Familie und der Kollegenkreis. Unter diesem Gesichtspunkt ist es verständlich, dass auch 5 Personen in der t1-Nachbefragung angeben, dass ein gemeinsamer Rauchstopp mit anderen Personen hilfreich sein würde. Mehr Bestätigung, Motivation und moralische Unterstützung zur Erlangung des Nichtraucherstatus (t1: 11 Nennungen), unter anderem auch über das Handy (t1: 5 Nennungen, t2: 3 Nennungen) sind zwei Bedarfe, die ebenfalls geäußert worden sind. Dabei spielen sowohl regelmäßige Anrufe und Kurznachrichten per sms als auch akustische Unterstützungen über mp3-Format („Texte und Musik in Mp3 Format zum runterladen für Handy oder Mp3-Player. Zum immer wieder anhören. Auch unterwegs.“) eine Rolle. Vereinzelt wird der Wunsch nach einer zusätzlichen Unterstützung durch die Krankenkassen deutlich („- Wahlmöglichkeit zur persönlichen Unterstützungs-Kostenübernahme durch Krankenkasse- Laufzeit mindestens 1 Jahr (besser 3 - 5 Jahre)“, „kaugummis von krankenkasse“) (t1: 4 Nennungen).

Kategorie „Sonstiges“

Für viele der befragten Programmteilnehmer, die sich als Raucher bezeichnen, sind eine höhere Eigenmotivation, ein besseres Durchhaltevermögen und ein stärkerer Wille ausschlaggebend (t1: 22 Nennungen, t2: 6 Nennungen). Ein wesentlicher Ansatz, durch den sich die Befragten mehr Unterstützung erhoffen ist, sind zudem Nikotinersatzprodukte und Medikamente (t1: 19 Nennungen, t2: 4 Nennungen) („Alle arten Tabletten oder Pillen“, „Nikotin-Ersatz-Produkte am Anfang“). Auch von alternativen Verfahren wie Akupunktur (t1: 5 Nennungen, t2: 2 Nennungen) oder Hypnose (t1: 7 Nennungen, t2: 1 Nennung) versprechen sich die Befragten Hilfe.

Kategorie „mehr Informationen / Empfehlungen“

In der Kategorie „mehr Informationen / Empfehlungen“ ist der meistgenannte Wunsch derjenige nach mehr Hinweisen zur Stressbewältigung und zu Entspannungsübungen (t1: 8 Nennungen, t2: 1 Nennung). Weitere Ernährungs- und Diät Tipps und Hilfen zur Gewichtsreduktion favorisieren 6 Personen aus der ersten Nachbefragung. Weniger als 5

Stimmen entfallen auf die Aspekte „Umgang mit Rückfällen“ (t1: 4 Nennungen), „Alternativen für Zigaretten bzw. Ersatz für das Rauchen“ (t1: 3 Nennungen), „Bewegungstipps und Sportangebote“ (t1: 2 Nennungen, t2: 1 Nennung), „positive körperliche Veränderungen nach einem Rauchstopp“ (t1: 2 Nennungen) und „Entzugserscheinungen“ (t1: 2 Nennungen).

Kategorie „keine Unterstützung gewünscht“

In der t1- Befragung wünschen sich 16 Befragungsteilnehmer und in der t2-Befragung 9 Befragungsteilnehmer keine weitere Unterstützung.

Kategorie „Gestaltung / Programmierung grundsätzlich“

Neben dem Wunsch nach einer persönlicheren und individuelleren Programmgestaltung (t1: 7 Nennungen) wünschen sich Einzelpersonen eine Verlängerung des Erfolgsdiagramms (t1: 1 Nennung, t2: 1 Nennung), mehr Abschreckung durch Bilder (t1: 1 Nennung) und eine längere Vorbereitungszeit auf den Rauchstopp (t1: 1 Nennung).

Kategorie „Strukturelles“

Insgesamt 9 Personen gehen in der ersten Nachbefragung auch auf strukturelle Rahmenbedingungen ein und wünschen sich Unterstützung durch eine rauchfreie Umgebung (t1: 2 Nennungen), eine Erhöhung der Tabaksteuer (t1: 2 Nennungen), einen eingeschränkten Verkauf von Tabakwaren bzw. ein gänzlich Verbot (t1: 2 Nennungen), ein Werbeverbot für Tabakwaren (t1: 1 Nennung), Abschaffung von Zigarettenautomaten (t1: 1 Nennung) und einen nichtrauchenden Freundeskreis (t1: 1 Nennung).

In der Zusammenschau der Ergebnisse (siehe Tabelle 23) wird Folgendes deutlich: Das Ranking der am häufigsten gewünschten Unterstützungsarten von Rauchern zur Erlangung des Nichtraucherstatus im t1- und t2-Follow-Up führen die Bedürfnisse nach einem persönlichen Ansprechpartner (Platz 1) sowie nach mehr Kommunikation mit Gleichgesinnten (Platz 1), nach einem höheren Durchhaltevermögen und einer besseren Eigenmotivation (Platz 2) und nach keiner weiteren Unterstützung (Platz 3) an. Einige der Befragten sehen auch in Nikotinersatzprodukten und Medikamenten (Platz 4), einer längeren Programmbetreuung (Platz 4) oder mehr Ermutigung durch das private Umfeld (Platz 5) geeignete Unterstützungsmöglichkeiten um Nichtraucher zu werden.

Tabelle 23: Ranking der am häufigsten gewünschten Unterstützungsarten von Rauchern zur Erlangung des Nichtraucherstatus im t1- und t2-Follow-Up (eigene Darstellung)

Platzierung	Gewünschte Unterstützung von Rauchern zur Erlangung des Nichtraucherstatus (Welche Art von Unterstützung würden Sie sich wünschen, um Nichtraucher/in zu werden?)	Anzahl der Nennungen in t1 und t2
1	persönlichen Ansprechpartner / persönliche Betreuung	30
1	mehr Kommunikation mit Gleichgesinnten und Austausch mit anderen Programmteilnehmern	30
2	mehr Durchhaltevermögen und Eigenmotivation	28
3	keine	25
4	Nikotinersatzprodukte und Medikamente	23
4	längere Betreuung	23
5	Ermütigung und Hilfe durch das Umfeld	18
6	mehr Bestätigung, Lob und Motivation weiter durchzuhalten	11
7	mehr Informationen und Empfehlungen zur Stressbewältigung und zu Entspannungsübungen	9
7	professionelle Unterstützung durch Psychologen	9
8	persönlichere und individuellere Programmgestaltung	8
8	Unterstützung per Handy	8
8	Hypnose	8
9	Akupunktur	7

Weiterempfehlung

Von allen aktiven Programmnutzern mit gültigem Fragebogen (n=843) gibt über die Hälfte (58,1%) an, das rauchfrei-Ausstiegsprogramm anderen Personen, die mit dem Rauchen aufhören möchten, weiterempfohlen zu haben (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Weiterempfehlungsbereitschaft von Programmteilnehmern im 6-Monats-Follow-Up (Anzahl und Prozent)

Weiterempfehlung		
Haben Sie das Programm anderen Personen, die mit dem Rauchen aufhören möchten, weiterempfohlen?		
6-Monats-Follow-Up (t1-Befragung)		
	ja	nein
Grundgesamtheit (n=843)	490 (58,1%)	353 (41,9%)
Personen mit Status „Nichtraucher“ (n=498)	170 (34,1%)	328 (65,9%)
Personen mit Status „Raucher“ (n=345)	183 (53,0%)	162 (47,0%)

Quelle: eigene Berechnung (n=843)

Deutlich unterscheiden sich die Angaben von Programmteilnehmern mit Status „Nichtraucher“ und mit Status „Raucher“. Während etwas 1/3 aller Personen, die sich in der t1-Befragung als „Nichtraucher“ bezeichnen (34,1%), das Ausstiegsprogramm weiterempfohlen haben, haben mehr als die Hälfte aller Personen, die sich in der t1-Befragung als „Raucher“ bezeichnen (53,0%), diese Aussage getroffen.

7.4.9 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen

Um einen Überblick über die Ergebnisse der Evaluationsstudie zu erhalten und die Forschungsfragen aus den Bereichen Kapitel 7.2 zu beantworten, werden im Folgenden die wichtigsten Resultate aus Kapitel 7.4.1 bis 7.4.8 zusammengefasst. Darauf aufbauend schließt sich im nachfolgenden Kapitel eine Diskussion der Ergebnisse an, die in Handlungsempfehlungen sowie Ausführungen zu weiteren Forschungs- und Entwicklungsbedarfen mündet.

Anmeldungen für das Ausstiegsprogramm und Verlauf der Untersuchung

Beantwortung Forschungsfrage A.1 (siehe Kapitel 7.4.1)

Im Jahr 2009 haben sich 5.332 Personen für das internetbasierte Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ registriert. Davon haben 4.577 Nutzer einen Rauchstopptag festgelegt und gelten somit als „aktive User“. Die „aktiven User“ wurden 6 und 12 Monate nach Programmanmeldung gebeten an den Follow-Up-Untersuchungen (6- und 12-Monats-Follow-Up) d.h. der t1- und t2- Befragung teilzunehmen. 845 Personen (18,5%) kamen dieser Aufforderung nach, wobei 2 Fragebögen als ungültig zu werten sind, da die Frage nach dem Rauchstatus nicht beantwortet wurde. Mit 419 Respondern beantwortete etwa die Hälfte aller t1-Befragungsteilnehmer auch die t2-Befragung, wobei darunter 10 ungültige Fragebögen zu finden sind, da die Frage nach dem Rauchstatus nicht beantwortet worden ist. Das bedeutet, dass von 5.332 registrierten Personen insgesamt 410 Programmteilnehmer (7,7%) an beiden Nachbefragungen teilgenommen und einen gültigen Fragebogen abgegeben haben (siehe Verlaufsdiagramm der Untersuchung in Kapitel 7.4.1).

Zusammensetzung der Nutzerschaft des Ausstiegsprogramms

Beantwortung Forschungsfrage A.2 (siehe Kapitel 7.4.2)

Männer und Frauen sind am internetbasierten rauchfrei-Ausstiegsprogramm gleichermaßen interessiert. Die Evaluationsergebnisse belegen, dass etwa die Hälfte der Registrierungen von Männern und die andere Hälfte von Frauen eingegangen sind. Das Durchschnittsalter beträgt 35,1 Jahre. Fast die Hälfte aller registrierten Personen hat bis zu einem Alter von 15 Jahren mit dem Rauchen angefangen (47,2%). Zudem gibt mehr als jede dritte Person (39,6%) an, zwischen 16 und 20 Jahren mit dem Konsum begonnen zu haben. Diese Aussagen belegen, dass der Einstieg in den Tabakkonsum von den hier betrachteten Personen mehrheitlich als Jugendlicher und als Heranwachsender stattgefunden hat. Mehr als $\frac{3}{4}$ aller Registrierten rauchen mindestens 11 Jahre oder länger. Insgesamt 43,4% rauchen sogar 20 oder mehr Jahre.

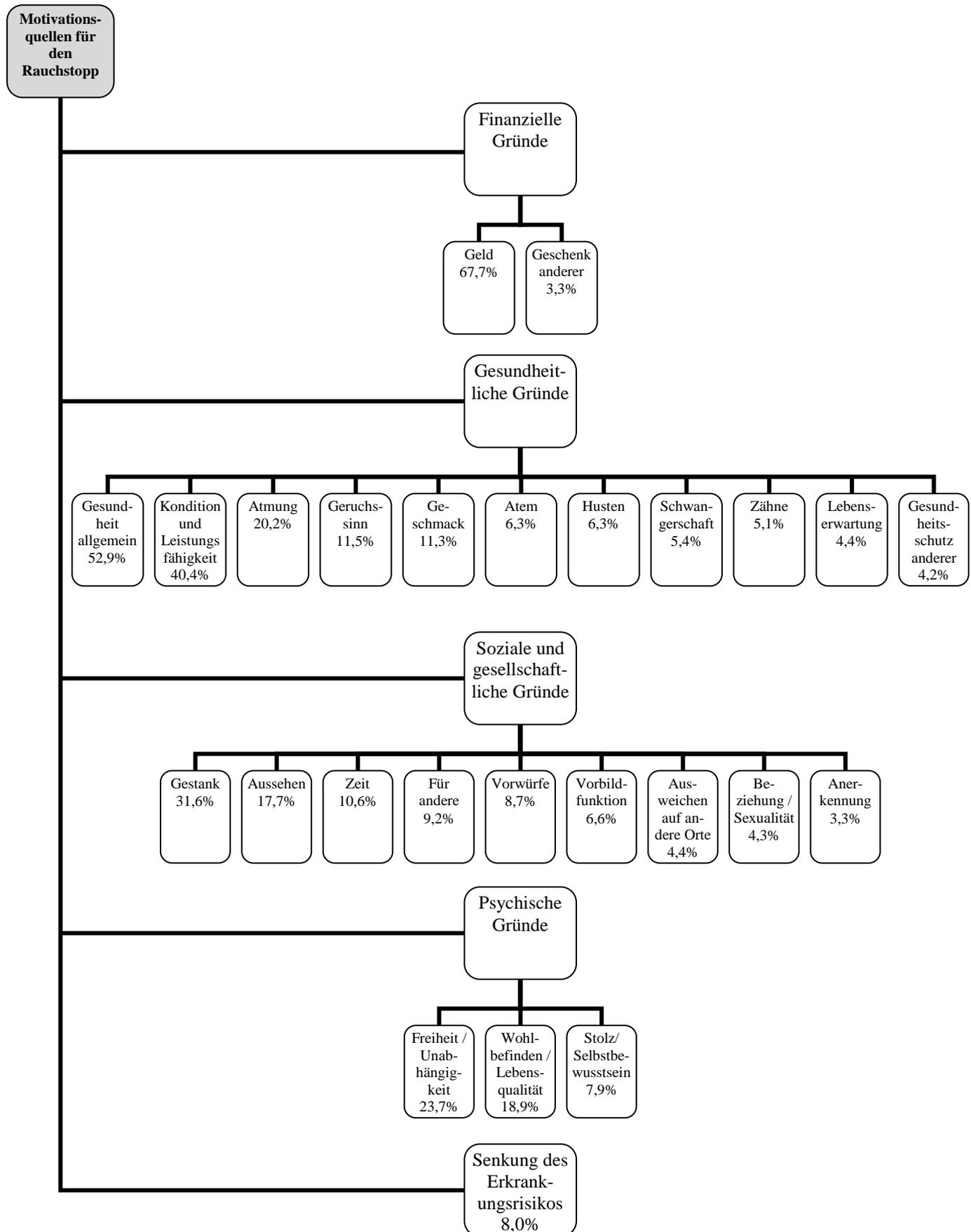
Im Durchschnitt haben die registrierten Personen 17,2 Zigaretten pro Tag geraucht, bevor sie sich für das Ausstiegsprogramm angemeldet haben. Der Anteil starker Raucher, also jener Personen, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag vor Programmanmeldung geraucht haben, beträgt 30,5%. Nach dem Fagerström-Test beläuft sich der durchschnittliche Grad der Tabakabhängigkeit auf 5,35 (mittlere Abhängigkeit). Die Ergebnisse besagen, dass fast die Hälfte aller Registrierten einen Fagerström-Wert zwischen drei und fünf, d.h. eine mittlere Abhängigkeit, aufweisen, jede fünfte Person „gering“ und jede vierte Person „stark“ abhängig ist. „Sehr stark“ tabakabhängig ist mit 7,7% nur eine Minderheit. Einen regulären Programmstart mit Vorbereitungszeit wählen mehr als 2/3 aller registrierten Personen (69,3%). Nur wenige Personen bevorzugen den direkten Programmstart (13,7%), bei dem mit dem Tag der Anmeldung der Rauchkonsum eingestellt wird oder einen Quereinstieg in das Programm (16,9%), bei dem der Rauchstopp bereits vor bis zu 4 Tagen durchgeführt worden ist.

Motivationsquellen für den Rauchstopp

Beantwortung Forschungsfrage A.3 (Kapitel 7.4.3)

Etwa jeder vierte registrierte User (n=1.260) nutze beim rauchfrei-Ausstiegsprogramm die Möglichkeit, seine Gründe für den erwünschten Rauchstopp zu reflektieren und eine persönliche Gewinnliste aufzustellen, in der die individuellen Motivationsquellen schriftlich dargelegt worden sind. Die Auswertung der offenen Antworten zeigt, dass 27 Motivationsquellen benannt worden sind, die sich den fünf Obergruppen 1) „finanzielle Gründe“, 2) „gesundheitliche Gründe“, 3) „psychische Gründe“, 4) „soziale und gesellschaftliche Gründe“ sowie 5) „Senkung des Erkrankungsrisikos“ zuordnen lassen (siehe Abbildung 96). Die Rangfolge der genannten Motivationsquellen macht deutlich, dass die meisten Nennungen auf die Obergruppen „finanzielle Gründe“ und „gesundheitliche Gründe“ entfallen: Der wichtigste Motivationsgrund ist für 67,7% aller Programmteilnehmer, die die persönliche Gewinnliste ausgefüllt haben, der Wunsch Geld einzusparen, das für andere Dinge verwendet werden kann. An zweiter Stelle steht für die Hälfte der Antwortenden (52,9%) die eigene Gesundheit, die durch einen Rauchstopp verbessert werden soll. Zur Obergruppe der gesundheitlichen Gründe zählt neben der allgemeinen gesundheitlichen Besserung auch der Aspekt „Verbesserung der Kondition, Konstitution und Leistungsfähigkeit“, der mit 40,4% am dritthäufigsten genannt worden ist.

Abbildung 96: Motivationsquellen für den Rauchstopp nach Obergruppen



Des Weiteren nannten in der Obergruppe „gesundheitliche Gründe“ die Befragten eine bessere Atmung (20,2%) (Platz 6), einen besseren Geruchs- (11,5%) (Platz 9) und Geschmackssinn (11,3%) (Platz 10), einen besseren Atem (6,3%) (Platz 17), weniger Husten (6,3%) (Platz 17), eine Schwangerschaft (5,4%) (Platz 18), schönere Zähne (5,1%) (Platz 19), eine höhere Lebenserwartung (4,4%) (Platz 20) und den Gesundheitsschutz anderer Personen (4,2%) (Platz 22) als Motivationsquelle für ihren Wunsch Nichtraucher zu werden.

An vierter Stelle der häufigsten Motivationsquellen findet sich mit dem Wunsch nach weniger Gestank bzw. Vermeidung des beim Tabakrauch entstehenden Geruchs (31,6%) die Obergruppe „soziale und gesellschaftliche Gründe“, zu der auch Nennungen wie „besseres Aussehen“ (17,7%) (Platz 8) und „mehr Zeit“ (10,6%) (Platz 11) zählen. An fünfter Position der Rangliste steht der Wunsch nach mehr Freiheit und Unabhängigkeit, den 23,7% aller Programmteilnehmer, die Angaben zur persönlichen Gewinnliste gemacht haben, benennen. Dieser Aspekt zählt zur Obergruppe der „psychischen Gründe“, zu der auch das Bedürfnis nach mehr Wohlbefinden und Lebensqualität (18,9%) (Platz 7) und die Erhöhung des Selbstbewusstseins zählen (7,9%) (Platz 15). Die explizite Begründung, eine durch das Rauchen verursachte Erkrankung verhindern zu können, gibt mit 8,0% (Platz 14) nur ein geringer Teil der Programmteilnehmer an.

Somit wird deutlich, dass „mehr Geld“, eine „bessere Gesundheit“ und eine „verbesserte Kondition und Leistungsfähigkeit“ die drei Hauptgründe für einen Rauchstopp darstellen. Bei der Analyse geschlechtsspezifischer Besonderheiten zeigen sich diesbezüglich zum Teil Unterschiede: Während für beide Geschlechter „Geld“ und „Gesundheit“ Motivation zum Rauchstopp sind, geben signifikant mehr Männer die Motivationsquelle „Kondition und Leistungsfähigkeit“ an. Dies trifft auch auf den Aspekt „Sexualität / Beziehung“ zu, den höchst signifikant mehr Männer benennen. Signifikant bis höchst signifikant mehr Frauen als Männer motiviert 1) ihr Aussehen, ihre Haut und Attraktivität, 2) der durch ihren Tabakkonsum ausgelöste Geruch, 3) der Schutz eines ungeborenen Kindes oder eine bevorstehende Familienplanung, 4) der Schutz anderer vor den Gefahren des Passivrauchens und 5) das als lästig empfundene Ausweichen auf andere Örtlichkeiten oder nach draußen.

Beschreibung der Befragungsteilnehmer

Beantwortung Forschungsfrage A.4 (siehe Kapitel 7.4.4)

Der Vergleich der Befragungsteilnehmer (Responder) mit den rauchfrei-Programmteilnehmern, die sich nicht an den Nachbefragungen beteiligt haben (Non-Responder), zeigt signifikante, jedoch geringfügige Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Unter den Respondern sind etwas mehr Frauen als unter den Non-Respondern, ihr Altersdurchschnitt ist etwas höher, sie haben vor Programmbeginn geringfügig weniger Zigaretten geraucht, ihr Anteil starker Raucher ist niedriger und auch die Abhängigkeitsstärke basierend auf dem Fagerström-Test fällt etwas geringer aus. Die relativ geringen Abweichungen der Gruppen der Responder und Non-Responder bestätigen, dass es sich bei den Respondern um eine Stichprobe handelt, die ein vergleichsweise gutes Bild der gesamten Teilnehmer des internetbasierten rauchfrei-Ausstiegsprogramms widerspiegelt.

Wirksamkeit des internetbasierten Ausstiegsprogramms

Beantwortung Forschungsfragen B.1, B.2 und B.4 (siehe Kapitel 7.4.5)

Sechs Monate nach Anmeldung für das rauchfrei-Ausstiegsprogramm stufen sich von den 5.332 registrierten Usern insgesamt 498 t1-Befragungsteilnehmer (59,1%), d.h. die Mehrzahl aller 843 t1-Befragungsteilnehmer, als „Nichtraucher“ ein (siehe Tabelle 25). Mehr als jeder zweite Befragungsteilnehmer ist dementsprechend sechs Monate nach Programmanmeldung aufgrund seiner eigenen Selbsteinschätzung erfolgreicher Nichtraucher. Bezogen auf die Anzahl aller registrierten User entspricht dieses Ergebnis einem ITT-Wert in Höhe von 9,3% und besagt, dass **knapp jeder zehnte Programmtteilnehmer sechs Monate nach Programmanmeldung sich selbst als Nichtraucher sieht**. Zwölf Monate nach Programmanmeldung bezeichnen sich von 410 t2-Befragungsteilnehmern insgesamt 280 Personen, die sich auch in der ersten Nachbefragung als Nichtraucher eingestuft haben, in der zweiten Nachbefragung als Nichtraucher. Das bedeutet, dass sich 68,3% aller t2-Befragungsteilnehmer als Nichtraucher ansehen. Unter Verwendung der Intention-to-treat-Analyse ergibt sich ein ITT-Wert in Höhe von 5,3%, der besagt, dass **etwa jeder 20. Programmtteilnehmer einen dauerhaften Rauchstopp vollzogen hat und sich ein Jahr nach Programmanmeldung als Nichtraucher bezeichnet**.

Allerdings wird in Kapitel 7.4.7 deutlich, dass sich ein geringer Teil der Befragungsteilnehmer als Nichtraucher sieht, obwohl in den vergangenen Tagen geraucht wurde. Somit wird an dieser Stelle, neben den ITT-Werten auf Basis der Selbsteinschätzung,

auch auf die ITT-Werte auf Basis der 7-Tage- und 30-Tage-Punktprävalenz hingewiesen (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Nichtraucher-Quote der Befragungs- und der Programmteilnehmer im 6- und 12-Monats-Follow-Up auf Basis der Selbsteinschätzung der Programmteilnehmer, der 7- und der 30-Tage-Punktprävalenz (eigene Darstellung)

	6-Monats-Follow-Up (n = 843)	12-Monats-Follow-Up (n = 410)
Nichtraucher-Quote der Befragungsteilnehmer (Responder quit rates)		
Selbsteinschätzung	59,1% (n=498)	68,3% (n=280)
7-Tage-Punktprävalenz	55,0% (n=464)	66,3% (n= 272)
30-Tage-Punktprävalenz	51,6% (n=435)	64,6% (n= 265)
Nichtraucher-Quote der Programmteilnehmer (Intention-to-treat quit rates)		
Selbsteinschätzung	9,3%	5,3%
7-Tage-Punktprävalenz	8,7%	5,1%
30-Tage-Punktprävalenz	8,2%	5,0%

Deutlich wird, dass die Werte der Befragungs- wie der Programmteilnehmer auf Basis der Selbsteinschätzung etwas höher ausfallen als die Werte des tatsächlichen Tabakkonsums. Ausgehend vom ITT-Wert der 30-Tage-Punktprävalenz zeigt sich, dass etwa **jeder zwölfte Programmteilnehmer nach 6 Monaten und jeder 20. Programmteilnehmer nach 12 Monaten rauchfrei ist, d.h. die letzten 30 Tage keine Zigarette geraucht hat**. Es lässt sich konstatieren, dass die große Mehrheit der Befragungsteilnehmer, die sich als Nichtraucher bezeichnen, in den letzten 7 bzw. 30 Tagen tatsächlich nicht geraucht hat.

Die Ergebnisse der binären logistischen Regression zur Analyse der Gruppenunterschiede zwischen rauchfrei-Programmtteilnehmern mit Status „Nichtraucher“ und mit Status „Raucher“ zeigen, dass von den analysierten Einflussfaktoren ausschließlich **„Geschlecht“ (p=0,013), „Altersgruppe“ (p=0,001) und die Einstiegsvariante „Quereinstieg“ (p=0,001) signifikanten Einfluss auf den Nichtraucherstatus 12 Monate nach Programmanmeldung** haben. Demnach haben Frauen im Vergleich zu Männern 12 Monate nach Programmanmeldung eine halb so große Chance Nichtraucher zu sein (OR=0,54; 95%-KI 0,33-0,88). Jüngere Personen hingegen haben signifikant bessere Chancen auf einen dauerhaften Rauchstopp. Die Analysen besagen, dass für unter 40-jährige Programmteilnehmer die Chance, 12 Monate nach Programmanmeldung rauchfrei zu sein, fast dreimal so hoch (OR=2,79; 95%-KI 1,69-4,61) ist, wie für User über 40 Jahre. Für Programmteilnehmer mit der Ausstiegsvariante „Quereinstieg“ ist die Chance auf einen dauerhaften Rauchstopp mehr als doppelt so hoch (OR=2,67; 95%-KI 1,54-4,62) im

Vergleich zu Personen, die im Rahmen der Programmanmeldung die reguläre Einstiegsvariante mit einer Vorbereitungszeit auf den Rauchstopp gewählt haben. Personen, die sich für einen direkten Programmstart ohne Vorbereitungszeit entscheiden, haben im Vergleich zu Personen, die die reguläre Einstiegsvariante wählen, eine 1½-mal so hohe Erfolgchance (OR=1,58; 95%-KI 0,83-3,06). Das Ergebnis ist allerdings nicht signifikant. Keine signifikanten Zusammenhänge bestehen zudem zwischen der Dauer des Tabakkonsums, dem Alter des Konsumbeginns oder der Konsummenge mit dem Programmterfolg. Jedoch konnte gezeigt werden, dass für leicht oder mittelmäßig abhängige Personen die Chance eines erfolgreichen Programmabschlusses 1,19-mal größer ist (OR=1,19; 95%-KI 0,68-2,08) als bei stärker abhängigen Rauchern. Wenn Programmteilnehmer zum Rauchstopp motiviert sind, weil sie ihre Gesundheit verbessern wollen, haben sie eine etwas höhere Erfolgchance für einen dauerhaften Rauchstopp als Personen, die diesen Grund nicht aufführen (OR=0,78; 95%-KI 0,39-1,56).

Beschreibung der Programmteilnehmer mit aktuellem Status „Raucher“

Beantwortung Forschungsfragen B.3 und B.5 (siehe Kapitel 7.4.6)

Ein Teil der Befragten mit aktuellem Status „Raucher“ (t1: 33,9%; t2: 44,2%) hat in den ersten Tagen nach Programmebeendigung keine Zigaretten geraucht und ist erst nach einer rauchfreien Phase rückfällig geworden. Zum Zeitpunkt der ersten Nachbefragung rauchen die Befragungsteilnehmer durchschnittlich seit drei Monaten wieder. Das lässt den Rückschluss zu, dass zwischen Programmanmeldung und erster Nachbefragung im Schnitt drei rauchfreie Monate gelegen haben. Grund für die Wiederaufnahme des Rauchens ist in den meisten Fällen der Faktor „Stress“ (t1: 54,7%; t2: 38,0%), der deutlich häufiger als eine Zunahme an Gewicht (t1: 23,9%; t2: 6,0%) oder Entzugserscheinungen (t1: 13,7%; t2: 2,0%) genannt wird. Mit dem am zweithäufigsten genannten Grund „Sonstiges“ (t1: 42,7%; t2: 28,0%) beziehen sich die meisten Antwortenden auf ihre eigene Willensschwäche, auf private Veränderungen und Probleme oder gesellschaftliches Beisammensein – zum Teil in Verbindung mit Alkohol. Der Faktor „Stress“ ist zudem der Hauptgrund für einen nicht durchgeführten Rauchstopp (t1: 73,7%; t2: 57,1%). Dem Grund „Stress“ folgen die Aspekte „Entzugserscheinungen“ (t1: 39,5%; t2: 23,8%) und „Gewichtszunahme“ (t1: 14,9%; t2: 17,5%), die für einige rauchfrei-Programmtteilnehmer ausschlaggebend gewesen sind, nicht mit dem Rauchen aufzuhören. Jene Befragte, die ihre Gründe näher beschreiben, gehen mehrheitlich ein auf ihre fehlende Motivation und ihr eingeschränktes Durchhaltevermögen

sowie eine starke innere Unruhe, Nervosität und Angst vor der zukünftigen Situation nicht mehr rauchen zu können.

Fast alle Programmteilnehmer mit aktuellem Status „Raucher“ haben am Tag der Befragung das letzte Mal geraucht (t1: 84,9%; t2: 90,3%) und konsumieren derzeit jeden Tag in der Woche Tabak (t1: 86,3%; t2: 90,3%). Der durchschnittliche Tabakkonsum beläuft sich auf 15,78 Zigaretten pro Tag. Insgesamt zählen 16,3% zu den starken Rauchern, da sie mehr als 20 Zigaretten täglich konsumieren. Jedoch zeigen sich in den Nachbefragungen deutliche Tendenzen für eine Konsumreduktion um durchschnittlich 3,5 bis 4 Zigaretten pro Tag.

Die Befragungsteilnehmer sind hoch motiviert Nichtraucher zu werden. Allerdings schätzen nur die Hälfte aller hier betrachteten Personen ihre Chancen, innerhalb der nächsten sechs Monate nicht zu rauchen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören, als hoch ein. Im Detail betrachtet zeigt sich, dass dies mehr Personen für wahrscheinlicher halten, die „sehr gerne“ Nichtraucher werden wollen im Vergleich zu Personen, deren Motivation weniger stark ausgeprägt ist und die mit „eher gerne“ antworten.

Über die Hälfte der Befragten geben an, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören. Etwa jeder Dritte ist gewillt in den nächsten 30 Tagen das Rauchen einzustellen. Mit Blick auf die unterschiedlich ausgeprägte Motivation der Antwortenden zeigt sich, dass fast alle Personen, die „sehr gerne“ Nichtraucher werden wollen und es für „eher“ oder „sehr“ wahrscheinlich erachten mit dem Rauchen aufzuhören, in den kommenden 30 Tagen (t1: 51,7%, t2: 48,7%) oder in den nächsten 6 Monaten (t1: 56,2%, t2: 51,3%) mit dem Rauchen aufhören möchten. Die Hälfte jener Programmteilnehmer, die „eher gerne“ Nichtraucher werden wollen, ihre Wahrscheinlichkeit, innerhalb des nächsten halben Jahres mit dem Rauchen aufzuhören, allerdings als „eher“ oder „sehr“ unwahrscheinlich einstufen, gibt an, erst im kommenden Halbjahr mit dem Rauchen aufhören zu wollen (t1: 52,2%, t2: 52,4%). Die andere Hälfte hat derzeit nicht vor das Rauchen einzustellen (t1: 46,3%, t2: 42,9%).

Mehr als 75% der Programmteilnehmer mit aktuellem Status „Raucher“ geben an, dass ihnen das, was sie im Rahmen des rauchfrei-Ausstiegsprogramms erfahren haben, helfen könnte, mit dem Rauchen aufzuhören. Eine erneute Nutzung des Ausstiegsprogramms beim nächsten Rauchstoppversuch kann sich die Mehrheit vorstellen (t1: 80,3%; t2: 81,3%).

Eine Übersicht aller Ergebnisse zur Beschreibung der Programmteilnehmer mit aktuellem Status „Raucher“ findet sich im tabellarischen Anhang (siehe Tabelle 28).

Beschreibung der Programmteilnehmer mit aktuellem Status „Nichtraucher“**Beantwortung Forschungsfrage B.6 (siehe Kapitel 7.4.7)**

Die große Mehrheit der Programmteilnehmer mit aktuellem Status „Nichtraucher“ hat unmittelbar nach Programmbeendigung nicht mehr geraucht (t1: 91,8%; t2: 93,9%). Dies trifft zum Teil auch auf Personen zu, die sich in den Nachbefragungen als „Raucher“ einstufen: Da nach Programmbeendigung von allen aktiven Programmteilnehmer mit festgelegtem Ausstiegstag und gültigem Fragebogen 68,1% nicht mehr geraucht haben (ITT: 10,8%) und sich in der ersten Nachbefragung insgesamt 59,1% als Nichtraucher (ITT: 9,3%) einstufen, deutet die Differenz von 9% auf eine begrenzt rauchfreie Phase einer kleinen Personengruppe hin.

Eine eindeutige Tendenz aller Antwortenden auf die Frage nach dem Schwierigkeitsgrad, nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen, ist nicht vorhanden: Zum Teil ist es Programmteilnehmern leicht gefallen, nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen (t1: 37,4%; t2: 55,8%), zum Teil war es schwierig durchzuhalten (t1: 62,6%; t2: 44,2%). Als größte Hindernisse bei der Aufrechterhaltung des Nichtraucherstatus sind die Faktoren „Stress“ (t1: 48,0%; t2: 40,4%) und „Gewichtszunahme“ (t1: 44,8%; t2: 45,4%) zu nennen. Aber auch Entzugserscheinungen (t1: 33,7%; t2: 23,2%) wie Nervosität, Stimmungsschwankungen oder starkes Verlangen zu rauchen und sonstige Gründe (t1: 31,9%; t2: 30,4%), wie die Aufgabe eines Rituals, der Rauchverzicht in geselligen Situationen sowie in Verbindung mit Alkohol, spielen für bis zu einem Drittel aller Antwortenden eine entscheidende Rolle. In der Zeit nach der letzten Nutzung des Programms hat eine Vielzahl der rauchfrei-Programmtteilnehmer mit aktuellem Status „Nichtraucher“ nicht noch einmal geraucht (t1: 73,0%; t2: 86,6%). Den Wunsch, erneut zu rauchen, verspüren nur wenige Personen. Die Mehrheit möchte ungerne wieder Tabak konsumieren (t1: 81,8%; t2: 86,8%) und ist hoch motiviert den Nichtraucherstatus beizubehalten (t1: 97,8%; t2: 99,3%). Neben der hohen Motivation schätzen es fast alle Befragten auch als wahrscheinlich ein, innerhalb der nächsten 6 Monate Nichtraucher zu bleiben (t1: 93,6%; t2: 92,5%).

Die Informationen, die das rauchfrei-Ausstiegsprogramm vermittelt hat, werden vielfach als hilfreich eingestuft, Nichtraucher zu bleiben (t1: 82,1%; t2: 82,0%). Weniger als jeder Fünfte verneint, dass das, was er gelernt habe, dabei helfen werde, Nichtraucher zu bleiben.

Bewertung, Bereitschaft zur Weiterempfehlung und Unterstützungsbedarf**Beantwortung Forschungsfrage C.1, C2 und C3 (siehe Kapitel 7.4.8)**

Das rauchfrei-Ausstiegsprogramm wurde von den t1-Befragungsteilnehmern mit der Durchschnittsnote 2,55 und von den t2-Befragungsteilnehmern mit der Durchschnittsnote 2,28 bewertet. Auffallend in diesem Zusammenhang ist, dass in der zweiten Nachbefragung häufiger die Bestnote „sehr gut“ sowie die Note „gut“ (70,0%) vergeben wurde als in der ersten Nachbefragung (59,4%). Besonders Personen, die sich zum Zeitpunkt der Nachbefragung als Nichtraucher eingestuft haben (t1: Note 2,26 / t2: Note 2,09), geben bessere Programmbewertungen als Personen mit Status „Raucher“ (t1: Note 2,97 / t2: Note 2,64).

Da sich die Antworten der Befragungsteilnehmer zu vermissten Programmbestandteilen, zu gewünschtem Unterstützungsbedarf zur Aufrechterhaltung des Status „Nichtraucher“ und zu gewünschtem Unterstützungsbedarf zur Erlangung des Status „Nichtraucher“ Großteils überschneiden, werden die häufigsten Angaben in Tabelle 26 zusammenfassend in einem Ranking dargestellt:

Tabelle 26: Ranking aller zusammengefassten Antworten zu vermissten Programmbestandteilen und gewünschtem Unterstützungsbedarf (eigene Darstellung)

Platzierung	Vermisste Programmbestandteile und gewünschte Unterstützung für die Zukunft	Anzahl der Nennungen in t1 und t2
1	längere Betreuung bzw. Programmlaufzeit	82
2	mehr Kommunikation mit Gleichgesinnten und Austausch mit anderen Programmteilnehmern	63
3	mehr Bestätigung, Lob und Motivation weiter durchzuhalten	59
4	persönlichen Ansprechpartner / persönliche Betreuung	50
5	keine	44
6	mehr Durchhaltevermögen und Eigenmotivation	33
7	persönlichere und individuellere Programmgestaltung	31
8	Nikotinersatzprodukte und Medikamente	26
9	Verlängerung des Erfolgsdiagramms zum Eintragen der nicht mehr gerauchten Zigaretten	25
10	mehr Informationen und Empfehlungen zum Thema „Ernährung / Maßnahmen gegen Gewichtszunahme“	23
11	Ermutigung und Hilfe durch das Umfeld	22
12	häufiger nachfragen	21
13	mehr Informationen und Empfehlungen zum Thema „positive körperliche Veränderungen nach einem Rauchstopp“	18
13	mehr Informationen und Empfehlungen zur Stressbewältigung und zu Entspannungsübungen	18
14	telefonische Unterstützung / Unterstützung per Handy	14
15	mehr Informationen und Empfehlungen zum Thema „Ersatz für das Rauchen“	10
15	mehr Abschreckung durch Bilder	10
15	rauchfreie Umgebung / Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen	10

Die Ergebnisse verdeutlichen ein großes Bedürfnis nach zusätzlicher Begleitung und Unterstützung. Besondere Bedeutung hat für viele befragte Teilnehmer eine längere Betreuung durch das rauchfrei-Ausstiegsprogramm: Mit 82 Nennungen ist der Wunsch nach einer längeren Programmlaufzeit die häufigste Antwort und somit auf Platz 1 wiederzufinden. Des Weiteren wurden häufiger die Aspekte „mehr Kommunikation und Austausch mit Gleichgesinnten“ sowie „mehr Bestätigung, Lob und Motivation“ genannt, die auf den Plätzen 2 und 3 des Gesamtrankings stehen. Wie die Nennungen der ersten drei Platzierungen gehören auch die Wünsche nach einer persönlicheren Betreuung bzw. einem persönlichen Ansprechpartner (Platz 4), verstärkter Ermutigung und Hilfe durch das private Umfeld (Platz 11), häufigerem Nachfragen zum aktuellen Nichtraucherstatus (Platz 12) und Beistand per Telefon oder Handy (Platz 14) zu der Kategorie „mehr Unterstützung“. Zum Teil haben Programmteilnehmer nichts vermisst und wünschen sich zukünftig keine weitere Unterstützung. Dies geben 44 Personen explizit an (Platz 5). Weitere 33 Personen verschriftlichen mit dem Wunsch nach mehr Durchhaltevermögen und Eigenmotivation (Platz 6) einen Appell an die eigene Person. Auch die Kategorie „Gestaltung / Programmstruktur grundsätzlich“ wurde mit Nennungen wie „persönlichere und individuellere Programmgestaltung“ (Platz 7), „Verlängerung des Erfolgsdiagramms zum Eintragen der nicht mehr gerauchten Zigaretten“ (Platz 9) oder „mehr Abschreckung durch Bilder“ (Platz 15) angeführt. Die weiteren Antworten zu vermissten Programmbestandteilen und gewünschten Unterstützungsbedarfen sind Tabelle 26 zu entnehmen.

Die Weiterempfehlungsbereitschaft der Grundgesamtheit (n=843) ist hoch: Mehr als jeder zweite Programmteilnehmer (58,1%) mit gültigem Fragebogen hat angegeben, das Ausstiegsprogramm weiterempfohlen zu haben.

8 Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

A. Inanspruchnahme und Zusammensetzung der Nutzerschaft des internetbasierten Ausstiegsprogramms

Die seit Programmstart bis zum Zeitpunkt der Untersuchung sinkende Anzahl an Registrierungen für das rauchfrei-Ausstiegsprogramm ist vermutlich mitunter auf die steigende Anzahl an anderen internetbasierten Angeboten in der Tabakentwöhnung (siehe Kapitel 6.2) und die vielfältigen weiteren Unterstützungsmöglichkeiten in Form von Selbsthilfemaßnahmen, Kurzberatungen, telefonischen Beratungen, Entwöhnungskursen oder Medikamenten (siehe Kapitel 5) zurückzuführen. Neben der Fülle an Angeboten zur Unterstützung beim Rauchstopp scheint das rauchfrei-Ausstiegsprogramm in der untersuchten Form tendenziell an Attraktivität abgenommen zu haben und die Aufmerksamkeit potentieller Programmteilnehmer weniger stark als zu Beginn zu erregen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, sind geeignete Strategien aus der vorliegenden Evaluation abzuleiten, die auf den nachfolgenden Seiten näher erläutert werden.

Das Verlaufsdiagramm der Untersuchung (siehe Kapitel 7.4.1) hat aufgezeigt, dass von den 5.332 für das Ausstiegsprogramm registrierten Personen insgesamt 18,5% (n=845) an der t1-Befragung und 7,7% (n=410) an der t1- und t2-Befragung teilgenommen haben. Bei den Analysen von Busch (2012) antworteten 14,6% (n=1.268) aller per Email kontaktierten 8.695 User, die eine Woche nach dem selbst definierten Rauchstopptag angeschrieben wurden. Da die erste Befragung in der hier vorliegenden Untersuchung später (6 Monate nach der Programmregistrierung) stattgefunden hat, ist der Rücklauf im Vergleich dazu als gut zu bewerten. Allerdings sind auch höhere Responsequoten in der wissenschaftlichen Fachliteratur zu finden. Bei An et al. (2008) haben 471 von 607 Teilnehmern, d.h. 77,6%, 6 Monate nach Programmregistrierung und bei Cobb et al. (2005) 29,3% der Teilnehmer (n=385) nach 3 Monaten an der Follow-Up-Befragung teilgenommen. Dabei ist zu beachten, dass An et al. (2008) Non-Responder 3 und 7 Tage nach der ersten Email erneut angeschrieben haben. Resultierte aus dieser Kontaktaufnahme keine Befragungsteilnahme, wurden die Programmteilnehmer bis zu sechs Mal angerufen, um telefonisch befragt zu werden. Mit Erfolg: Neben 39,4% (n=239), die an der Online-Befragung teilgenommen haben, beteiligten sich weitere 38,2% (n=232) an der telefonischen Nachbefragung. Eine intensive Kontaktaufnahme über Email und Telefon erbrachte auch bei Richardson et al. (2013) hohe Responsequoten: Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden von 19.821

eingeladenen Personen 1.033 Programmteilnehmer für die Teilnahme an BecomeAnEX.org gewonnen, bei deren Nachbefragungen sich ein, drei und sechs Monate nach Anmeldung 69,4%, 60,3% und 53,9% beteiligt haben.

Obwohl eine höhere Beteiligung in der vorliegenden Analyse wünschenswert gewesen wäre, ist die Responsequote als angemessen zu bewerten und konnte als adäquate Grundlage für die verfasste Evaluationsstudie genutzt werden. Der Vergleich der Gruppe der Befragungsteilnehmer mit den Nicht-Befragungsteilnehmern (siehe Kapitel 7.4.4) zeigt zudem, dass die betrachtete Stichprobe ein stimmiges Abbild der gesamten Teilnehmerpopulation am internetbasierten rauchfrei-Ausstiegsprogramm darstellt.

Die Auswertungen zur Nutzerschaft des Ausstiegsprogramms (siehe Kapitel 7.4.2) besagen, dass sich Männer und Frauen gleichermaßen für das Angebot interessieren und keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme deutlich werden. Damit unterscheiden sich die hier vorliegenden Ergebnisse von den Resultaten von Busch (2012), der bei „Endlich Nichtraucher“ mehr Registrierungen von Männern (55,8%) als von Frauen (44,2%) verzeichnete, und von den Resultaten von An et al. (2008), bei denen die Mehrheit der Programmteilnehmer weiblich sind (64,4%). Auch die Analysen von Strecher et al. (2005), Lenert et al. (2004) und Swartz et al. (2006) besagen, dass sich mehr Frauen als Männer angemeldet haben. Richardson et al. (2013) hingegen berichten ebenfalls von einem fast ausgewogenen Beteiligungsverhältnis von Männern (48,3%) und Frauen (51,7%).

Mehr als ein Drittel aller Programmteilnehmer befinden sich im frühen Erwachsenenalter zwischen 21 und 30 Jahren. Aber auch eine Vielzahl an Personen im mittleren Erwachsenenalter zwischen 31 und 50 Jahren nutzt das hier betrachtete Rauchstoppangebot. Auch Richardson et al. (2013) bestätigen, dass die meisten Teilnehmer (85,4%) zwischen 24 und 49 Jahre alt sind. Somit wird deutlich, dass das Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ nicht ausschließlich eine bestimmte Altersgruppe erreicht, sondern Erwachsene fast aller Altersgruppen anspricht. Das Durchschnittsalter von 35,09 Jahren ist vergleichbar mit anderen Studienergebnissen, die zum Teil über leicht höhere Durchschnittswerte berichten (Busch 2012: 38,16 Jahre; An et al. 2008: 38,0 Jahre).

Die Nutzerschaft zeichnet zudem aus, dass mehrheitlich als Jugendlicher bzw. Heranwachsender mit dem Rauchen begonnen wurde, lange Jahre relativ viel Tabak konsumiert wurde, der durchschnittliche Grad der Tabakabhängigkeit als „mittel“ einzustufen ist und 2/3 aller Teilnehmer einen regulären Programmstart mit der entsprechenden

Vorbereitungszeit favorisieren. Es lässt sich somit konstatieren, dass ein breites Spektrum an Personen angesprochen wird, die zumeist auf eine länger andauernde Raucherkarriere zurückblicken. Diese Ausrichtung gilt es einerseits zu stärken, um der gesamten Bevölkerung ein umfassendes Angebot zur Tabakentwöhnung zu unterbreiten, das eine möglichst hohe Anzahl an Personen anspricht. Andererseits gilt es das Ausstiegsprogramm stärker als bisher auf spezifische Risikogruppen (siehe auch Kapitel 2.1.6), wie Menschen mit geringerer Bildung oder sozialer Benachteiligung, zuzuschneiden und starke Raucher, die trotz der Verringerung der sozialen Akzeptanz des Rauchens bzw. des allgemeinen Trends zum Nichtrauchen weiter rauchen und nicht zum Ausstieg zu motivieren sind, differenzierter anzusprechen.

Ein wichtiger Bestandteil erfolgreicher Tabakentwöhnung ist nach Kröger & Piontek (2011) in der Vorbereitungsphase die Motivation, die mithilfe des Ansatzes der kognitiven Dissonanz und dem Konzept der motivierenden Gesprächsführung gefördert werden kann (siehe Kapitel 5.1.3). Da die hier vorliegenden Evaluationsergebnisse zu den Gründen und Motivationsquellen für einen Rauchstopp (siehe Kapitel 7.4.3) verdeutlichen, dass besonders die Faktoren „Geldersparnis“, eine „bessere Gesundheit“, eine „verbesserte Kondition und Leistungsfähigkeit“, „Vermeidung des beim Tabakrauch entstehenden Geruchs“ und „mehr Freiheit und Unabhängigkeit“ bedeutsam sind, sollten diese bei der Förderung der Motivation im Ausstiegsprogramm verstärkt im Fokus stehen. Aufgrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede, die die Analysen ergeben haben, sollten Männer und Frauen mit unterschiedlichen Schwerpunktbereichen angesprochen werden. Während bei beiden Geschlechtern der monetäre Aspekt wie auch die Verbesserung der eigenen Gesundheit eine große Rolle spielen, sollten männliche User zudem mit einer besseren Kondition und Leistungsfähigkeit sowie dem positiven Einfluss auf ihre Sexualität und ihre Beziehung, soweit eine vorhanden ist, motiviert werden. Bei weiblichen Usern hingegen sollte des Weiteren ein verbessertes, attraktiveres Erscheinungs- und Geruchsbild, der Schutz Dritter und die Tatsache, dem Rauchen zuliebe nicht nach draußen ausweichen zu müssen, im Mittelpunkt stehen. Da zur Motivationssteigerung besonders die Erkenntnis der Vorteile des Rauchstopps wichtig sind (siehe 5 R's zur Motivierung aus Kapitel 5.3.2), sollten die genannten Faktoren als positive Folge deutlich hervorgehoben werden. Da jene Programmteilnehmer, die als persönliche Motivationsquelle für einen Rauchstopp die Verbesserung des eigenen Gesundheitszustandes angeben, höhere Ausstiegschancen aufweisen (siehe Berechnungen in Kapitel 7.4.5), sollte dieser Grund besonders ausführlich

und an mehreren Stellen des Ausstiegsprogramms behandelt werden. Die ebenso wichtige Ansprache möglicher Schwierigkeiten und Hindernisse sollte daran anknüpfen.

B. Wirksamkeit des internetbasierten Ausstiegsprogramms

Der Interventionseffekt der vorliegenden Wirksamkeitsstudie (siehe zusammenfassende Darstellung in Tabelle 25 aus Kapitel 7.4.9) ist mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen internetbasierter Programme zur Tabakentwöhnung (siehe auch Kapitel 6.2) grundsätzlich vergleichbar.

Swartz et al. (2006) verdeutlichen, wie im Vorfeld dargestellt, dass 24,1% aller Befragten von „1-2-3 Smokefree“ im 3-Monats-Follow-Up abstinent sind. Dies entspricht einem ITT-Wert von 12,3%. Bei QuitNet.com ergab eine ITT-Analyse 3 Monate nach Programmteilnahme eine 7-Tages-Abstinenzrate von 7% (Cobb et al. 2005). In einer Analyse zwei Jahre später wurde 12 Monate nach Programmteilnahme ein ITT-Wert in Höhe von 12,8% ermittelt (Graham et al. 2007). Untersuchungen des Programms Quitplan.com, einer Version von QuitNet.com, aus dem Jahr 2004 ergaben, dass von 607 Studienteilnehmern 9,7% (ITT-Wert) nach 6 Monaten rauchfrei sind (selbstberichtete 30-Tage-Abstinenz) (An et al. 2008). Bei Richardson et al. (2013) finden sich im 6-Monats-Follow-Up ITT-Werte in Höhe von 11,1% (7-Tage-Prävalenz) bzw. 9,9% (30-Tage-Prävalenz), die im Vergleich zu den Ergebnisse der vorliegenden Analyse etwas besser sind (7-Tage-Punktprävalenz zu t1: 8,7%; 30-Tage-Punktprävalenz zu t1: 8,2%). Alles in allem liegen die durchschnittlichen ITT-Werte der meisten Programme bei 9% bis 14% (siehe auch 13,6% Lenert et al. 2004, 12,9% Seidman et al. 2010, 12,8% Graham et al. 2007, 12,3% Swartz et al. 2006, 10,9% Etter 2005) (siehe Kapitel 6.2). Zum Teil liegen die ITT-Werte auch darunter: Wie die Intention-to-treat-Analysen von Busch (2012) zeigen, sind bei dem internetbasierten Rauchstopp-Programm „Endlich Nichtraucher“ eine Woche nach dem selbst definierten Rauchstopptag 8,4% aller Teilnehmer rauchfrei (selbstberichtete 7-Tage-Abstinenz). Auf die Zahl aller Befragungsteilnehmer beschränkt, geben insgesamt 57,7% an, nicht mehr zu rauchen. In einer Nachbefragung zwei Jahre nach Programmstart beläuft sich die Nichtraucher-Quote auf einen ITT-Wert in Höhe von 0,8%.

Aufgrund der Heterogenität der vorliegenden Internetangebote (z.B. Intensität, Dauer, Adressatenkreis), unterschiedlicher Follow-Up-Zeiträume und der verschiedenen methodischen Vorgehensweise bei der Durchführung der Untersuchungen ist der Vergleich

mit anderen Studien jedoch nur eingeschränkt möglich. Hinzugefügt werden muss auch, dass die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse dieser Evaluation teilweise limitiert ist. Unklar bleibt beispielsweise, ob und wie regelmäßig die Intervention durch das internetbasierte Ausstiegsprogramm erhalten wurde oder ob andere Hilfsmittel bei der Rauchentwöhnung, wie Nikotinersatzpräparate, genutzt worden sind. Da keine randomisierte Kontrollgruppenstudie durchgeführt worden ist, können die Probanden der Experimentalgruppe nicht mit Studienteilnehmern verglichen werden, die das rauchfrei-Programm nicht genutzt haben. Des Weiteren wurden die Selbstauskünfte der Studienteilnehmer zu ihrer Rauchabstinenz nicht durch eine biochemische Validierung über die Messung des Kohlenmonoxid-Gehalts in der Atemluft oder eine Kotinin-Messung im Speichel belegt.

Da mit dem ITT-Wert eine konservative Analyseverfahren gewählt worden ist, die bei den Nichtrauchern nur die Responder und bei der Gesamtpopulation alle Teilnehmer (Responder und Non-Responder) berücksichtigt, ist anzunehmen, dass die Erfolgsquote an rauchfreien Programmteilnehmern höher ausfallen könnte. So ist davon auszugehen, dass auch unter den Non-Respondern zu beiden Befragungszeitpunkten eine unbekannte Anzahl an rauchfreien Programmteilnehmern vorzufinden ist.

Wie die Ergebnisse der binären logistischen Regressionsanalyse zur Untersuchung der Gruppenunterschiede zwischen rauchfrei-Programmteilnehmern mit Status „Nichtraucher“ und mit Status „Raucher“ belegen, haben unter 40-Jährige, Männer und Programmteilnehmer, die die Ausstiegsvariante „Quereinstieg“ wählen, bessere Erfolgchancen als über 40-Jährige, Frauen und Personen mit Vorbereitungszeit auf den Rauchstopp. Dass das Alter und das Geschlecht in Zusammenhang mit dem Erfolg internetgestützter Rauchentwöhnung steht, deckt sich nicht mit den Ergebnissen anderer Studien (An et al. 2008, Swartz et al. 2006, Busch 2012). Die Resultate der vorliegenden Analyse zeigen auf, dass die Möglichkeit via des internetbasierten Ausstiegsprogramms „rauchfrei“ einen erfolgreichen Rauchstopp zu absolvieren eher bei männlichen Usern und einer internetaffinen, jüngeren Zielgruppe eine Erfolg versprechende Methode ist. Bei den über 40-Jährigen sowie den weiblichen Usern scheint es sich um Personen zu handeln, die das Medium Internet nicht auf die gleiche erfolgreiche Art und Weise im Alltag zur Rauchentwöhnung nutzen. Für diese Personen scheinen möglicherweise andere Ausstiegsformen oder Kombinationen mit anderen Ausstiegsangeboten angebrachter zu sein. Es lässt sich auch vermuten, dass das

Ausstiegsprogramm in der hier untersuchten Form einer Überarbeitung bedarf, um auch bei älteren Nutzern wie bei Frauen die Erfolgsquote zu erhöhen.

Das Personen, die bereits einen Rauchstopp vollzogen haben, d.h. ohne Vorbereitungszeit das Programm mittels Quereinstieg begonnen haben, erfolgreicher sind, könnte möglicherweise damit erklärt werden, dass sich diese Personen nach dem Stadienmodell der Entwöhnungsmotivation nach Prochaska und DiClemente (1983) (siehe Kapitel 3.1) bereits in der Handlungsphase befinden und nicht erst in der davor zu durchlaufenden Vorbereitungsphase. Der Grad der Bereitschaft und der Wille zum dauerhaften Rauchstopp scheinen bei Personen, die den Quereinstieg wählen und einen Rauchstopp bereits vollzogen haben, ausgeprägter, als bei Personen, die sich auf einen Rauchstopp erst vorbereiten wollen. Diese Personen befinden sich noch in einer kognitiven Dissonanz zwischen der Bereitschaft ihr Konsumverhalten zu ändern und dem Wunsch das Rauchen aufrechtzuerhalten, die dazu führen kann, letzterem Wunsch nachzugeben. Das vorliegende Ergebnis bekräftigt die Aussage in Kapitel 3.1, die besagt, dass Interventionsstrategien in der Tabakentwöhnung auf die jeweilige Phase der Veränderungsbereitschaft eines Rauchers anzupassen sind um entsprechend wirksam zu sein.

Die Vermutung, dass eine lange Konsumdauer, ein frühes Einstiegsalter oder eine hohe Konsummenge mit einer geringeren Erfolgchance einhergehen könnte, konnte statistisch nicht nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Resultaten anderer Untersuchungen. So fanden auch An et al. (2008) und Busch (2012) keinen Zusammenhang zwischen der Menge der gerauchten Zigaretten oder der Anzahl der Lebensjahre als Raucher und dem erfolgreichen Rauchausstieg. Es scheint, dass in der vorliegenden Untersuchung andere Faktoren, wie z.B. die persönliche Motivation, ausschlaggebender für den Programmterfolg sind. Besonders wesentlich ist dabei, die eigene Gesundheit verbessern zu wollen. Da Programmteilnehmer, die diese Zielsetzung angeben, erfolgreicher sind als jene, die diesen Grund nicht anführen, sollte im rauchfrei-Programm verstärkt darauf hingewirkt werden. Wenn diese positive Konsequenz wiederholend in den Vordergrund gestellt wird, bleibt zu hoffen, dass sich Ausstiegswillige diesem Argument annehmen und es in ihre persönliche Gewinnliste aufnehmen.

Da einige Programmteilnehmer mit aktuellem Status „Raucher“ unmittelbar nach Programmbeendigung über eine rauchfreie Phase berichten und/oder ihren Tabakkonsum um

durchschnittlich 3,5 bis 4 Zigaretten pro Tag reduzieren konnten, kann von einem Teilerfolg gesprochen werden. Der Erfolg des Ausstiegsprogramms zeigt sich somit nicht nur in der Anzahl rauchfreier Personen, sondern lässt sich auch anhand dieser Personengruppe einschätzen. Die genannten Faktoren, die zu dem Rückfall in alte Verhaltensmuster geführt haben, gilt es genauer zu analysieren und im Ausstiegsprogramm differenzierter zu thematisieren, um so Rückfälle reduzieren zu können. Dementsprechend müssen vorwiegend die Aspekte „Stress“, „Entzugserscheinungen“, „fehlende Motivation“, „eingeschränktes Durchhaltevermögen“ sowie „Unruhe und Nervosität“ fokussiert werden. Ziel sollte es sein, Personen, die sich in einer rauchfreien Phase befinden zu stabilisieren und auf ihrem Weg zum dauerhaften Nichtraucher zu bestärken, so dass ein Rückfall möglichst verhindert werden kann. Da sich, wie die Ergebnisse zeigen, der Grad der Motivation mit dem Rauchen aufzuhören auf die Einschätzung, dies auch zu einem bestimmten Zeitpunkt zu schaffen, auswirkt, sollte „rauchfrei“ stärker versuchen, diesen Motivationsgrad zu erhöhen. Denn Programmteilnehmer, die sehr gerne oder gerne Nichtraucher werden wollen, sind motivierter dies in den kommenden Tagen in die Tat umzusetzen, als Personen, die einen weniger starken Wunsch hinsichtlich eines künftigen Nichtraucherstatus äußern. Busch (2012) fand keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Motivationsgrad und den Erfolgchancen heraus, bestätigt aber, dass die Zuversicht, einen Rauchstopp zu schaffen, Einfluss auf den Erfolg hat. In seiner Studienpopulation war die Zuversicht in der Gruppe der Erfolgreichen signifikant höher als in der Gruppe der nicht Erfolgreichen. Dies besagen auch Strecher et al. (2008) in ihren Untersuchungen.

Programmtteilnehmer mit aktuellem Status „Nichtraucher“ sind aufgrund ihres erfolgreich durchgeführten Rauchstopps verständlicherweise hoch motiviert ihren Nichtraucherstatus auch beizubehalten und nicht mehr zu rauchen. Wie auch bei den Personen mit aktuellem Status „Raucher“ spielen die Faktoren „Stress“ und „Entzugserscheinungen“ eine Rolle, die als großes Hindernis bei der Aufrechterhaltung des Nichtraucherstatus angesehen werden und somit auch bei erfolgreich ausgestiegenen Usern eine zentrale Bedeutung im Ausstiegsprogramm einnehmen sollte. Im Gegensatz zu den Rauchern ist für viele Nichtraucher eine Gewichtszunahme entscheidend und kann ein Hindernis bei der Aufrechterhaltung des Nichtraucherstatus darstellen. Somit zeigt sich, dass das Thema „Gewichtszunahme“ auf dem Weg zur Rauchfreiheit eine immer größere Bedeutung einnimmt. Während zu Beginn andere Faktoren für einen nicht erfolgreichen Rauchstoppversuch ausschlaggebend sind, ist dieser Punkt besonders wesentlich um den

erreichten Erfolg auch dauerhaft beizubehalten und nicht aufgrund zusätzlicher Kilos alte Rauchgewohnheiten wieder aufzunehmen bzw. rückfällig zu werden.

Dass das rauchfrei-Ausstiegsprogramm gewinnbringend ist und beim Rauchstopp oder (zukünftigen) Rauchstoppversuch behilflich ist, zeigen nicht nur die positiven Antworten der Personen mit aktuellem Status „Nichtraucher“, sondern auch die Aussagen der Programmteilnehmer mit aktuellem Status „Raucher“. Diese positiven Einschätzungen bestätigen die grundsätzliche Zufriedenheit der Programmteilnehmer und bekräftigen die grundlegende Ausrichtung des Programms, das weiterhin durch kontinuierliche Verbesserungen auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten werden sollte.

C. Programmbewertung und Weiterentwicklungsmöglichkeiten

Die Bewertungen des rauchfrei-Ausstiegprogramms sind erwartungsgemäß gut ausgefallen. Einerseits werden interessierte Programmteilnehmer vor der Registrierung über den zu erwartenden Programmablauf und die Bestandteile informiert und können sich einen guten Eindruck verschaffen. Andererseits ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass besonders jene Programmteilnehmer an der Befragung teilgenommen haben, die mit dem Ausstiegsprogramm zufrieden gewesen sind. Negative Programmbewertungen sind somit tendenziell weniger vertreten. Zudem bestätigen die Ergebnisse, dass erfolgreiche Programmteilnehmer mit dem Programm zufriedener sind und etwas bessere Bewertungen abgeben, als Personen mit aktuellem Status „Raucher“. Die Bewertungen hängen somit mit dem als Erfolg oder Misserfolg eingestuften Ergebnis eines Users nach Programmteilnahme zusammen.

Die Angaben der Teilnehmer zu vermissten Bestandteilen und zur gewünschten Unterstützung nach Beendigung des Programms geben wertvolle Hinweise für die zukünftige Ausgestaltung und Weiterentwicklung von Rauchfrei. Aufgrund der übersichtlichen Anzahl an Programmteilnehmern, die sich bei diesen Fragen geäußert haben, sind die aufgeführten Äußerungen als erster Ansatzpunkt zu verstehen, an denen sich eine bedarfsgerechte Programmverbesserung orientieren kann.

9 Fazit und Handlungsempfehlungen

Auf Basis der vorliegenden Untersuchungsergebnisse lässt sich ein positives Fazit ziehen. Die Evaluation zeigt, dass es sich bei dem internetbasierten Ausstiegsprogramm „rauchfrei“ um eine geeignete Methode zur Erlangung des Nichtraucherstatus handelt. Die im Vergleich zu anderen Maßnahmen der Tabakentwöhnung¹⁰ auf den ersten Blick gering erscheinende Quote erfolgreich entwöhnter User, d.h. Personen mit Status „Nichtraucher“, lässt sich durch eine hohe Anzahl an Programmteilnehmern ausgleichen. Während z.B. kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogrammen, die – wie beschrieben – als erfolgreichere Therapie zur Tabakentwöhnung gelten, weniger Raucher erreichen, nehmen an „rauchfrei“ eine vergleichsweise große Menge an Personen teil. Die Verhältnismäßigkeit zwischen Teilnahmequote und Abstinenzrate sollte daher bei der Bewertung von Tabakentwöhnungsangeboten stets beachtet werden. Obwohl sich sowohl die Teilnahmequote als auch die Abstinenzrate von „rauchfrei“ in dem untersuchten Zeitraum auf einem zufriedenstellenden Niveau befinden, ist es sinnvoll an beiden Punkten anzusetzen, um die Wirksamkeit und damit den Erfolg des Programms zu erhöhen. Zur Erhöhung der Teilnahmequote und Abstinenzrate ist es wichtig, dass das Ausstiegsprogramm kontinuierlich an die Bedürfnisse der Nutzer angepasst und stetig weiterentwickelt wird. Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend **Empfehlungen zur Weiterentwicklung von „rauchfrei“** ausgesprochen:

Um so individuell wie möglich auf den jeweiligen Programmteilnehmer eingehen zu können, wird empfohlen, das **tailored feedback auszubauen**. Denn ein hoher Grad an Individualisierung wirkt sich positiv auf den Ausstiegserfolg aus (siehe Kapitel 6.2). Zur Umsetzung dieses Vorschlags müssen weitere persönliche Merkmale erhoben werden. Dafür bietet sich beispielsweise eine Erweiterung des Eingangsfragebogens an, den alle interessierten Personen vor Programmteilnahme ausfüllen. Inhaltlich könnten bereits Fragen aus der Follow-Up-Befragung aufgenommen oder die Abfrage der persönlichen Gewinnliste vorgezogen werden. Bei Personen, die bereits erfolglos versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören, sollten jene Faktoren abgefragt werden, die zu einem Rückfall in alte Rauchgewohnheiten bzw. zu einem nicht durchgeführten Rauchstopp geführt haben. Beachtet werden sollte, dass nur so viele Informationen wie nötig eingeholt werden. Sonst besteht die

¹⁰ wie z.B. Tabakentwöhnungskurse (siehe Kapitel 5.3)

Gefahr, dass die ausfüllende Person mit einer zu großen Fülle an Fragen konfrontiert wird und noch vor Programmstart ihre Programmanmeldung abbricht.

Da nach dem sozial kognitiven Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985) (siehe Kapitel 3.2.4) eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall einhergeht, während eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine Abstinenz verbunden ist, kann zudem folgende Schlussfolgerung zur Weiterentwicklung des Ausstiegsprogramms gezogen werden: Um einen Rückfall in alte Rauchgewohnheiten zu verhindern, sind **Ansätze und Strategien zur Erhöhung der persönlichen Selbstwirksamkeit zu intensivieren**. Somit sollte der rauchfrei-ProgrammtTeilnehmer langfristig und stets aufs Neue in seiner Überzeugung gestärkt werden, Risikosituationen kompetent bewältigen zu können, um eine stabile Abstinenz zu entwickeln. Mit diesem Vertrauen in die individuelle Bewältigungsfähigkeit ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein Betroffener nach einem Ausrutscher rückfällig wird, geringer.

Da lerntheoretische Ansätze besagen, dass ein Verhalten besonders dann stabil ist und dauerhaft beibehalten wird, wenn es belohnt wird (siehe Kapitel 3), sollte im rauchfrei-Ausstiegsprogramm stärker als bisher auf unterschiedliche Art und Weise **Nichtrauchen gelobt** werden. Die tägliche Motivation durch das Ausstiegsprogramm selbst kann kombiniert werden mit Strategien, die den Freundes- und Bekanntenkreis mehr integrieren, und der Unterstützung von Gleichgesinnten, die den Rauchstopp bereits geschafft haben. So könnte jedem Ausstiegswilligen ein persönlicher Ansprechpartner, eine Art „Buddy“ aus der rauchfrei-community, zugeteilt werden, der als ehemaliger Raucher mit Rat und Tat zur Seite steht. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, ein soziales Netzwerk, das dem Programm angeschlossen ist, zu integrieren, in dem ehemalige Raucher, die mithilfe des Programms rauchfrei geworden sind, und Tabakentwöhnungsexperten den zum Rauchstopp motivierten Personen behilflich sind. Durch die enorme Verbreitung von Mobiltelefonen besteht zudem die Option Kontakt per sms aufzunehmen, um in bestimmten Zeitintervallen zu loben oder aktuelle Infos mitzuteilen, sowie mittels Anruf in Notfallsituationen behilflich zu sein. Diesbezüglich müsste eine niedrighschwellige Kontaktaufnahme gewährleistet sein, die proaktiv, zeitnah und möglichst kostenneutral vom Anbieter des Ausstiegsprogramms bereitgestellt wird.

Das rauchfrei-Ausstiegsprogramm richtet sich zum Zeitpunkt der vorliegenden Evaluationsstudie an Raucher, die sich nach dem Transtheoretischen Modell der

Verhaltensänderung (Prochaska & DiClemente 1983) in der Phase der Vorbereitung auf den Rauchstopp oder in der Handlungsphase befinden (siehe Kapitel 3.1). Um auch Personen, die sich in der Phase der Aufrechterhaltung oder – wenn gewünscht – Stabilisierung befinden, zu erreichen, könnte das Ausstiegsprogramm mit Blick auf diese Zielgruppe erweitert werden. Die dargestellten Ausführungen zum Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung bekräftigen, dass Raucher in Abhängigkeit vom Grad ihrer Motivation zum Rauchstopp unterschiedlich unterstützt werden müssen. Aus diesem Grund sollte ehemaligen Rauchern in der Phase der Aufrechterhaltung eine **Verlängerung des Programms** angeboten werden, in dem der Schwerpunkt auf Hilfe bei kritischen Situationen eines Rückfalls gelegt wird, und die Interventionsstrategie der Tabakentwöhnung mit ihrer Ansprache auf die Handlungsphase des Rauchers angepasst wird. Eine Verlängerung der Ausstiegsbegleitung würde auch dem Wunsch vieler User entsprechen, wie die vorliegende Untersuchung bestätigt. Da, wie beschrieben, eine **Gewichtszunahme** die Aufrechterhaltung des Nichtraucherstatus verhindern kann, ist diese **Thematik ausführlicher** aufzugreifen. So könnten nach einem Rauchstopp für Interessierte konkrete Angebote und Maßnahmen aufgeführt werden, die eine ausufernde Gewichtszunahme vermeiden. Wohnortnahe Sportkurse oder Rezeptvorschläge sind Beispiele dafür.

Um die Wirksamkeit von „rauchfrei“ zu erhöhen, bietet es sich an, **das internetbasierte Ausstiegsprogramm stärker mit anderen Angeboten der Tabakentwöhnung zu vernetzen** und den Usern ein auf die eigenen Bedürfnisse zugeschnittenes Ausstiegsangebot zu machen, bei dem jeder individuell die für sich relevanten Bestandteile auswählen kann. So könnte z.B. die Möglichkeit angeboten werden 1) wohnortnahe Gruppenausstiegsprogramme proaktiv zu vermitteln, 2) sich mit Gleichgesinnten, d.h. mit anderen ausstiegswilligen Rauchern, die zum gleichen oder ähnlichen Zeitpunkt mit dem Rauchen aufgehört haben bzw. aufhören wollen, via Telefon, Chat, rauchfrei-community oder persönlich auszutauschen, 3) in Form eines Notfallbuttons proaktive Hilfe per telefonischer Beratung oder sms zu erhalten, 4) kostenfreies Material in Form von Broschüren, DVD´s o.ä. zur Selbsthilfe zugeschickt zu bekommen oder 5) medikamentöse Interventionen (siehe Kapitel 5.3) auszuprobieren.

Um parallel zur Wirksamkeit auch die **Teilnahmequote zu erhöhen**, sind – nach der Steigerung der Programmattraktivität durch eine inhaltliche und optische Überarbeitung – die **Marketingaktivitäten zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades** zu intensivieren. Im Fokus der Massenkommunikation könnte eine groß angelegte Plakatkampagne stehen, die – in

Kombination mit TV- und Kino-Spots, Anzeigen in Tageszeitungen und Zeitschriften sowie Broschüren und Flyern – das Interesse der Zielgruppen verstärkt auf das Ausstiegsprogramm lenkt. Zur Umsetzung dieses Vorschlages sind allerdings ausreichend Finanzmittel notwendig. Neben diesem massenkommunikativen Ansatz besteht eine weitere Möglichkeit in personalkommunikativen Strategien. So könnten auf spezifischen Veranstaltungen Raucher mit besonderen Aktionen angesprochen und zur Nutzung des internetbasierten Ausstiegsprogramms motiviert werden.

Nachdem die aufgeführten Anregungen zur Steigerung der Programmattraktivität sowie Teilnahmequote und Erhöhung der Wirksamkeit realisiert worden sind, sollte eine Nachfolgeuntersuchung den Erfolg der Maßnahmen erneut evaluieren. In diesem Zusammenhang ist als Studiendesign eine Fall-Kontroll-Studie zu empfehlen, bei der zum Rauchstopp motivierte Probanden zufällig einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugeordnet werden. Dies hat den Vorteil, dass Vergleiche zwischen Nutzern des Ausstiegsprogramms und jene Rauchstoppwilligen der Kontrollgruppe, die das Ausstiegsprogramm nicht genutzt haben, gezogen werden können. Um die Rücklaufquote bei den Follow-Up-Befragungen zu erhöhen, könnten geeignete Incentives, wie z.B. Gutscheine oder finanzielle Anreize, eingesetzt werden. Eine weitere Möglichkeit besteht in telefonischen Nachbefragungen, die allerdings um ein vielfaches zeit- und kostenintensiver sind und das Vorhandensein der Telefonnummern der Teilnehmer voraussetzen. Daher wird empfohlen die Nachbefragung weiterhin mittels Fragebogen per Email zu versenden und nur die Non-Responder telefonisch zu kontaktieren, um eine kurze Nachbefragung zur Wirksamkeit durchzuführen. Bei den Fragebögen der Follow-Up-Untersuchungen sollte grundsätzlich abgefragt werden, ob und wie regelmäßig das Ausstiegsprogramm verwendet worden ist und ob andere Hilfsmittel, wie Nikotinersatzpräparate, benutzt wurden. Durch die Ergänzung dieser Fragen kann genauer eingeschätzt werden, welchen Einfluss das Ausstiegsprogramm beim Rauchstopp(versuch) gehabt hat und welche Einflussfaktoren möglicherweise zu berücksichtigen sind. Zudem kann darüber nachgedacht werden, die Selbstauskünfte zum eigenen Nichtraucherstatus durch eine biochemische Validierung zu überprüfen. Dies ist allerdings ein aufwändiges Verfahren, das in Abhängigkeit der verfügbaren finanziellen Mittel erwogen werden kann.

Wenn sich auch in den letzten Jahren bereits viel in der Tabakentwöhnung getan hat, so bedarf es auch in Zukunft fortwährend weiterer Anstrengungen. Um die regionalen und

sozialen Unterschiede im Tabakkonsum zu reduzieren (siehe Kapitel 2.1.5 und 2.1.6), durch Tabakkonsum und Passivrauchen verursachte Morbidität und Mortalität (siehe Kapitel 2.3) zu senken und somit die Prävalenz des Nichtrauchens in der Bevölkerung zu erhöhen bzw. noch stärker als bisher eine Kultur des Nichtrauchens zu verankern, bedarf es weiterhin differenzierter Strategien auf verhaltens- und verhältnispräventiver Ebene im „Policy Mix“ (siehe Kapitel 4), die von den verschiedenen Akteuren der Tabakprävention auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene (siehe Kapitel 4.4.1) stetig auszubauen und in Hinblick auf aktuelle Entwicklungen anzupassen sind. Eine besondere Bedeutung kommt in Zukunft den Gesundheitsberufen zu, die systematischer Raucher ansprechen und zur Inanspruchnahme qualitativ hochwertiger Entwöhnungsmaßnahmen motivieren sollten. So könnten z.B. in Arztpraxen und Krankenhäusern Raucher routinemäßig angesprochen und auf bereits bestehende Angebote zur Tabakentwöhnung, wie Gruppenentwöhnungsprogramme oder auch internetbasierte Ausstiegsinterventionen, hingewiesen werden. Eine zielgerichtete und effektive Tabakentwöhnung wird zunehmend wichtiger. Demzufolge ist eine differenziertere Ansprache als bisher notwendig, um auch jene Risikogruppen zu erreichen, die trotz der Verringerung der sozialen Akzeptanz des Rauchens weiter rauchen und nicht zum Ausstieg zu motivieren sind. Das Internet bietet im Rahmen der Tabakentwöhnung für alle Zielgruppen enorme Potentiale, die es mit Blick auf die spezifischen Bedarfe der Raucher auszubauen und mit vorhandenen Angeboten zu vernetzen gilt.

Literaturverzeichnis

- Adams, M. & Effertz, T. (2009): Die Kosten des Rauchens für Gesundheitswesen und Volkswirtschaft in Deutschland. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), Heidelberg
- An, L.C.; Schillo, B.A.; Saul, J.E.; Wendling, A.H.; Klatt, C.M.; Berg, C.J.; Ahulwalia, J.S.; Kavanaugh, A.M.; Christenson, M. & Luxenberg, M.G. (2008): Utilization of Smoking Cessation Informational, Interactive, and Online Community Resources as Predictors of Abstinence: Cohort Study. *J Med Internet Res* 10(5): e55
- Andreas, S.; Batra, A.; Behr, J.; Berck, H.; Chenot, J.F.; Gillissen, A.; Hering, T.; Herth, F.; Meierjürgen, R.; Mühlig, S.; Nowak, D.; Pfeifer, M.; Raupach, T.; Schultz, K.; Sitter, H. & Worth, H. (2008): Tabakentwöhnung bei COPD. S3 Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. *Pneumologie* 62: 255–272
- 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". Verfügbar unter www.sucht.de/tl_files/pdf/11_05_03.pdf (abgerufen am 24.1.2011)
- Augustin, R.; Metz, K.; Heppekausen, K. & Kraus, L. (2005): Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003. *Sucht* 51 (Sonderheft1): 40-48
- Batra, A. (2000): Tabakabhängigkeit. Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten. Steinkopf, Darmstadt
- Batra, A. (2001a): Raucherentwöhnungsbehandlungen. In: Poehlke, T.; Flenker, I.; Reker, M.; Reher, Th.; Kremer, G. & Batra, A. (Hrsg.). *Suchtmedizinische Versorgung. Alkohol, Tabak, Medikamente*. Springer, Berlin, 198-216
- Batra, A. (2001b): Medikamentöse Unterstützung. In: Poehlke, T.; Flenker, I.; Reker, M.; Reher, Th.; Kremer, G. & Batra, A. (Hrsg.). *Suchtmedizinische Versorgung. Alkohol, Tabak, Medikamente*. Springer, Berlin, 217-240
- Batra, A. (2001c): Psychologische Unterstützung. In: Poehlke, T.; Flenker, I.; Reker, M.; Reher, Th.; Kremer, G. & Batra, A. (Hrsg.). *Suchtmedizinische Versorgung. Alkohol, Tabak, Medikamente*. Springer, Berlin, 241-253
- Batra, A. (2005): Die deutschen Leitlinien zur Behandlung des Rauchers. In: Batra, A. (Hrsg.). *Tabakabhängigkeit. Wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung*. Kohlhammer, Stuttgart, 97-108
- Batra, A.; Schütz, C.G. & Lindinger, P. (2006): Tabakabhängigkeit. In: Schmidt, L.G.; Gastpar, M.; Falkai, P. & Gaebel, W. (Hrsg.). *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogener Störungen*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 91-146
- Batra, A. & Buchkremer, G. (2008): Tabakabhängigkeit. In: Möller, H.J.; Laux, G. & Kapfhammer, H.P. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie*. Springer, Heidelberg, 243-250
- Batra, A.; Friedrich, H.M. & Lutz, U. (2009): Therapie der Nikotinabhängigkeit. Eine Aufgabe für Psychiatrie und Suchtmedizin. *Nervenarzt* 80: 1022-1029
- Baumeister, S.E.; Kraus, L.; Stonner, T.K. & Metz, K. (2008): Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht* 54 (1): 26-35
- Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C.F. & Liese, B.S. (1997): *Kognitive Therapie der Sucht*. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Benowitz N.L. (2008): Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med* 121: 3-10
- Bock, B.; Graham, A.; Sciamanna, C.; Krishnamoorthy, J.; Whiteley, J.; Carmona-Barros, R.; Niaura, R. & Abrams, D. (2004): Smoking cessation treatment on the Internet: content, quality, and usability. *Nicotine & Tobacco Research* 6 (2): 207-219

- Bühler, A. & Kröger, C. (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 29. BZgA, Köln
- Bundesministerium für Gesundheit (2007): gesundheitsziele.de. Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung nationaler Gesundheitsziele. BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2010): Tabak. Verfügbar unter www.bmg.bund.de/DE/Drogen-und-Sucht/Tabak/tabak__node.html?__nnn=true (abgerufen am 14.11.2010)
- Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (2002): Tabakprodukt-Verordnung. BGBl I 4434, zuletzt geändert durch Art. 360 V vom 31.10.2006, BGBl I 2407, Umsetzung der Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen (ABl. EG Nr. L 194, 26)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006): Förderung des Nichtrauchens. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BZgA, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007): Curriculum Anti-Rauchkurs. Pädagogische Intervention für rauchende Schülerinnen und Schüler. BZgA, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008 – Verbreitung des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010a): Suchtprävention. Verfügbar unter www.bzga.de/themenschwerpunkte/suchtpraevention/ (abgerufen am 15.11.2010)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010b): BZgA-Beratungstelefon hilft erfolgreich beim Rauchstopp. Evaluation zeigt: Jeder vierte Anrufer dauerhaft rauchfrei. Pressemitteilung vom 29.03.10. Verfügbar unter www.bzga.de/presse/pressearchiv/?jahr=2010&nummer=582 (abgerufen am 28.1.2011)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trend. BZgA, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Rauchen. BZgA, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln
- Busch, C. W. (2012): Analyse des Erfolgs eines internetgestützten Tabakabstinenz-Programms sowie der Vergleich mit anderen Rauchstopp-Methoden. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Civiljak, M.; Sheikh, A.; Stead, L.F. & Car, J. (2010): Internet-based interventions for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 9: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub3
- Cobb, N.; Graham, A.; Bock, B.; Papandonatos, G. & Abrams, D. (2005): Initial evaluation of a real-world Internet smoking cessation system. *Nicotine & Tobacco Research* 7: 207-216
- Conroy, R.M.; Pyorala, K.; Fitzgerald, A.P.; Sans, S.; Menotti, A.; De Backer, G.; De Bacquer, D.; Ducimetière, P.; Jousilahti, P.; Keil, U.; Njølstad, I.; Oganov, R.G.; Thomsen, T.; Tunstall-Pedoe, H.; Tverdal, A.; Wedel, H.; Whincup, P.; Wilhelmsen, L. & Graham, I.M. (2003): Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur.Heart.J.* 24 (11): 987–1003
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2003): Tabakabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 2. Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.(DHS), Hamm
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2009): Sozio-oekonomisches Panel. Verfügbar unter www.diw.de/de/soep (abgerufen am 25.08.2010)
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2005): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. DKFZ, Heidelberg

- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008): Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland –leichter Einstieg, schwerer Ausstieg. DKFZ, Heidelberg
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2009a): Tabakatlas Deutschland 2009. DKFZ, Heidelberg
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2009b): Ein Bild sagt mehr als tausend Worte: Kombinierte Warnhinweise aus Bild und Text auf Tabakprodukten. DKFZ, Heidelberg
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010a): Illegaler Zigarettenhandel und seine wirksame Bekämpfung zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung. DKFZ, Heidelberg
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010b): Schutz der Familie vor Tabakrauch. DKFZ, Heidelberg
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010c): Nichtrauchererschutz wirkt – eine Bestandsaufnahme der internationalen und der deutschen Erfahrungen. DKFZ, Heidelberg
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (2009): Drogen- und Suchtbericht 2009. Berlin
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (2011): Drogen- und Suchtbericht 2011. Berlin
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (2013): Drogen- und Suchtbericht 2013. Berlin
- 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
- Doll, R.; Peto, R.; Boreham, J. & Sutherland, I. (2004): Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 328: 1519–1527
- Drings, P.; Schaller, K. & Pötschke-Langer, M. (2008): Durch Rauchen und Passivrauchen verursachte Krebserkrankungen. DKFZ, Heidelberg
- Etter, J.-F. (2005): Comparing the Efficacy of Two Internet-based, Computer-Tailored Smoking Cessation Programms. A Randomized Trial. *J Med Internet Res* 7(1): e2
- 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: 1433-1461
- Europäische Union (2001) Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen. *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft*, L194: 26-34
- Europäische Union (2003) Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Mai 2003 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Werbung und Sponsoring zu Gunsten von Tabakerzeugnissen. *Amtsblatt der Europäischen Union*, L152, 16, Brüssel
- Ezzati, M. & Lopez, A.D. (2003): Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 362: 847-852
- Fagerström, K. O. & Schneider, N. G. (1989): Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 12: 159-181
- Faltermeier, T. (2005): Gesundheitspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart
- Festinger, L. (1957): A cognitive theory of dissonance. Low Peterson, Oxford
- Fiore, M.C.; Jaén, C.R.; Baker, T.B. et al. (2008) Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. US Department of Human Health Services. Public Health Service, Rockville
- Foulds, J. (2006): The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. *Int J Clin Pract* 60: 571–576

- Francesconi, M.; Jenkins, S.P.; Schimeta, Q. & Siedler, T. (2010): Scheidungskinder rauchen mehr. Wochenbericht des DIW Berlin 34: 2-7
- Friedrich, H.M. & Batra, A. (2002): Biologische und psychosoziale Bedingungen der Tabakabhängigkeit. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 11: 157-163
- Fromme, H.; Kuhn, J. & Bolte, G. (2009): Tabakrauch in gastronomischen Einrichtungen. Exposition, innere Belastung, ökonomische und gesundheitliche Aspekte im Zusammenhang mit Rauchverboten. Gesundheitswesen 71: 242-257
- Geier, A. (2010): Entwicklung eines theorie- und evidenzbasierten Tabakentwöhnungsprogramms und Bedarfsklärung jugendlicher Raucher bezüglich der Inanspruchnahme eines Ausstiegskurses. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München
- Gradl, 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
- Graham, A. L.; Cobb, N. K.; Raymond, L.; Sill, S. & Young, J. (2007): Effectiveness of an Internet-Based Worksite Smoking Cessation Intervention at 12 Months. JOEM 49 (8): 821-828
- Hanewinkel, R. & Isensee, B. (2002): Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung vom 1. Januar 2002. Bevölkerungsrepräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Abschlussbericht, Kiel
- Hanewinkel, R. & Isensee, B. (2004): Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung vom 1. März 2004. Bevölkerungsrepräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Abschlussbericht, Kiel
- Hanewinkel, R. & Isensee, B. (2005): Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung vom 1. Dezember 2004. Bevölkerungsrepräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Abschlussbericht, Kiel
- Haug, S.; Meyer, C. & John, U. (2008): Förderung der Tabakabstinenz durch neue Kommunikationsmedien und Expertensysteme. In: Bauer, S. & Kordy, H. (Hrsg.). E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Springer, Heidelberg, 40-49
- Haug, S. & Schaub, M. (2011): Wirksamkeit internetbasierter Programme zum Tabakrauchen, Eine systematische Literaturübersicht. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 19 (4): 181-196
- Haustein, K.O. & Groneberg, D. (2008): Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen. Ursachen - Folgen - Behandlungsmöglichkeiten - Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Springer, Heidelberg
- Heatherton, T.F.; Koziowski, L.T.; Frecker, R.C. & Fagerström, K.O. (1991): The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Brit. J. Addict 86 (9): 1119-1127
- Herth, F. (2010): Tabakprävention von Jugendlichen in der Thoraxklinik Heidelberg. Vortrag auf der 8. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle. Verfügbar unter www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche_Konferenzen_fuer_Tabakkontrolle/8_Deutsche_Konferenz_fuer_Tabakkontrolle/Felix_Herth_2010.pdf (abgerufen am 15.05.2011)
- Hoch, E.; Mühling, S.; Häfler, M.; Lieb, R. & Wittchen, H.U. (2004): How prevalent is smoking and nicotine dependence in primary care in germany? Addiction 99: 1586-1598
- Hurrelmann, K.; Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch Gesundheitsförderung und Prävention. Huber, Bern
- John, U. & Hanke, M. (2001): Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. Gesundheitswesen 63: 363-369
- Kanfer, F. H. (1986): Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In: Miller, W. R. & Heather, N. (Hrsg.). Treating Addictive Behaviors: Vol. II. Process of Change, Pergamon Press, New York, 272-314
- Kerr, J.; Weitkunat, R. & Moretti, M. (2007): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. Urban und Fischer, München

- Klärs, G. & Krämer, T. (2010): Aktivitäten der Akteure im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de zum nationalen Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 53: 103-107
- Knoll, N.; Scholz, U. & Rickmann, N. (2005): Einführung in die Gesundheitspsychologie. Reinhardt, München
- Kraus, L.; Pabst, A.; Piontek, D. & Müller, S. (2010): Trend des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995 – 2009. Sucht 56 (5): 337-347
- Kröger, C. (2000): Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Gesundheitsförderung konkret, Band 2. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Kröger, C. (2005): Die Psychologie des Rauchens. Grundlage für eine psychologische Behandlung. In: Batra, A. (Hrsg.). Tabakabhängigkeit. Wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung. Kohlhammer, Stuttgart, 83-96
- Kröger, C. & Lohmann, B. (2007): Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Band 31. Hogrefe, Göttingen
- Kröger, C.; Mons, U.; Klärs, G.; Orth, B.; Maschewsky-Schneider, U. & Lampert, T. (2010): Evaluation des Gesundheitsziels "Tabakkonsum reduzieren". Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 53 (2): 91-102
- Kröger, C. & Piontek, D. (2011): Tabakentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Gesundheitsförderung konkret, Band 2. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Krönig, B.; Raupach, T.; Schaller, K. & Pötschke-Langer, M. (2008): Durch Rauchen und Passivrauchen verursachte Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), Heidelberg
- Kufeld, C. & Bühringer, G. (2010): Behandlung der Tabakabhängigkeit. Public Health Forum 18 (67): 19-20
- Kunstmann, W. (2010): Ärztliche Beratung und Behandlung von Rauchern. Bundesgesundheitsblatt. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 53 (2): 196-200
- Lampert, T. & Müters, S. (2007): Rauchen und soziale Ungleichheit. Public Health Forum 15 (54): 9-11
- Lampert, T. & List, S.M. (2009): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2009. Neuland, Geesthacht, 51-71
- Lampert, T. & List, S.M. (2010a): Gesundheitsrisiko Passivrauchen. GBE kompakt 3/2010. Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin
- Lampert, T. & List, S.M. (2010b): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. Jahrbuch Sucht 2010. Neuland. Geesthacht, 48-68
- Lampert, T. (2010): Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53 (2/3): 108-116
- Lampert, T.; von der Lippe, E. & Müters, S. (2013): Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56 (5/6): 802-808
- Lang, P. & Strunk, M. (2010): Tabakprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die "rauchfrei"-Jugendkampagne. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 53 (2): 125-132
- Lenert, L.; Muñoz, R.F.; Perez, J.E. & Bansod, A. (2004): Automated e-mail messaging as a tool for improving quit rates in an internet smoking cessation intervention. J Am Med Assoc 11(4): 235-240
- Leykin, Y.; Aguilera, A.D.; Torres, L.; Pérez-Stable, E. & Muñoz, J.R.F. (2012): Interpreting the outcomes of automated internet-based randomized trials: example of an International Smoking Cessation Study. Journal of Medical Internet Research 14(1): e5
- Lindinger, P.; Strunk, M.; Nübling, M. & Lang, P. (2012): Arbeitsweise und Wirksamkeit einer Telefonberatung für Tabakentwöhnung. Sucht 58, 33-43

- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985): *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. Guilford Press, New York
- McKeown, T. (1982): *Die Bedeutung der Medizin: Traum, Trugbild oder Nemesis?* Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Merfert-Diete, C. (2010): *Daten, Zahlen, Fakten. Jahrbuch Sucht 2010*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.). Neuland, Geesthacht, 7-20
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002): *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford Press, New York
- Mons, U.; Amhof, R. & Pötschke-Langer, M. (2008): *Gesetzliche Maßnahmen zum Nichtraucherschutz in Deutschland: Einstellungen und Akzeptanz in der Bevölkerung*. In: Böcken, J.; Braun, B.; & Amhof, R. (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 181-209
- Mons, U. & Pötschke-Langer, M. (2010): *Gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention. Evidenz, Erfolge und Barrieren*. *Gesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 53, 144-151
- Mons, U. (2010): *Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2010: Steigende Zustimmung bei Rauchern*. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
- Mons, U. (2011): *Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern - Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik*. *Gesundheitswesen* 73(4): 238-246
- Müller, S.; Kraus, L.; Piontek, D. & Pabst, A. (2010): *Changes in Exposure to Secondhand Smoke and Smoking Behavior in the General Population After the Introduction of News Smoke-Free Laws in Germany*. *Sucht* 56 (5): 373-384
- Myung, S.K.; McDonnell, D.D.; Kazinets, G.; Seo, H.G. & Moskowitz, J.M. (2009): *Effects of Web- and computer-based smoking cessation programs: meta-analysis of randomized controlled trials*. *Arch Intern Med*. 169(10): 929-937
- Nair, U.; Thielmann, H.W. & Pötschke-Langer, M. (2009): *Krebserzeugende Substanzen im Tabakrauch*. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), Heidelberg
- Neubauer, S.; Welte, R.; Beiche, A.; Koenig, H.-H.; Buesch, K. & Leidl, R. (2006): *Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison*. *Tobacco Control* 15 (6): 464-471
- Öberg, M.; Jaakkola, M.S.; Woodward, A.; Peruga, A. & Prüss-Ustün, A. (2010): *Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries*. *Lancet* doi: 10.1016/S0140-6736(10) 61388-8
- Patrick, DL.; Cheadle, A.; Thompson, DC.; Diehr, P.; Koepsell, T. & Kinne, S. (1994): *The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis*. *American Journal of Public Health* 84 (7): 1086-1093
- Pauly, A.; Lang, P. & Pott, E. (2010): *Kampagnen zur Suchtprävention in der Praxis*. In: KKH-Allianz Hannover (Hrsg.). *Weißbuch Prävention 2010/2011 – „Gesund jung?!“*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 134-139
- Paynter, J. & Edwards, R. (2009): *The impact of tobacco promotion at the point of sale: a systematic reviews*. *Nicotine Tob Res* 11 (1): 25-35
- Peto, R.; Lopez, A.D.; Boreham, J.; Thun, M. & Heath, C.J. (2000): *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. University Press, Oxford
- Peukert, P. & Batra, A. (2008): *Bedeutung psychotherapeutischer Konzepte bei der Tabakentwöhnung*. *Psychotherapie im Dialog* 9(4): 344-350
- Plamper, E.; Klever Deichert, G. & Lauterbach, K.W. (2006): *Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen in Deutschland auf den Tabakkonsum und Konsequenzen für die Gesundheitspolitik*. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 49: 660-664
- Pötschke-Langer, M. & Schulze, A. (2003): *Tabaksteuererhöhungen – Fakten und Argumente*. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

- Pötschke-Langer, M.; Mons, U.; Schaller, K.; Stein, S.; Kahnert, S.; Schneider, N.K.; Nair, U., Schunk, S. & Mersmann, H. (2009): Tabakatlas Deutschland 2009. Deutsches Krebsforschungszentrum: Heidelberg.
- Pott, E. (2008): Neue Entwicklungen im Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Vortrag auf der 6. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle Heidelberg, 03. –04. Dezember 2008. Verfügbar unter http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Deutsche_Konferenzen_fuer_Tabakkontrolle/6_Deutsche_Konferenz_fuer_Tabakkontrolle/Elisabeth_Pott_2008.pdf (abgerufen am 21.11.2010)
- Pott, E.; Lang, P. & Töppich, J. (2003): Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren. Gesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 46: 150-155
- Prochaska, J.O. & DiClemente C.C. (1983): Stages and process of self-changes of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 51: 390-395
- Pust, S.; Schaller, K.; Blank, W. & Pötschke-Langer, M. (2006): Passivrauchen – auch wenig ist zu viel. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), Heidelberg
- Rakete, G.; Strunk, M. & Lang, P. (2010): Tabakprävention in Schulen. Ein Erfolgsmodell. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53 (2/3): 170-177
- Rasch, A.; Müller-Riemenschneidet, F.; Vauth, C.; Willich, S.N. & Greiner, W. (2008): Föderale Strukturen und damit verbundene verhaltensbezogene Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens. HTA-Bericht 74a Addendum. *GMS Health Technol Assess.* 2008;4:Doc11
- Rasch, A. & Greiner, W. (2009): Rauchen und gesundheitsbezogene Lebensqualität: ein systematisches Review. *Sucht* 55 (6): 328-338
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006): Gesundheitspsychologie. Springer: Heidelberg
- Reuter, T. & Schwarzer, R. (2009): Verhalten und Gesundheit. In: Bengel, J. & Jerusalem, M. (Hrsg.). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Paschologie.* Hogrefe: Göttingen, 34-57
- Richardson, A.; Graham, A.L ; Cobb, N.; Xiao, H.; Mushro, A.; Abrams, D.& Vallone, D. (2013): Engagement Promotes Abstinence in a Web-based Cessation Intervention: Cohort Study. *Journal of Medical Internet Research* 15 (1): e14
- Robert Koch-Institut (2009): GEDA – Telefonischer Gesundheitssurvey. Verfügbar unter www.rki.de/DE/Content/GBE/Erhebungen/Gesundheitsveys/Geda/Geda__node.html (abgerufen am 25.8.2010)
- Schaller, K.; Batra, A.; Lindinger, P. & Nair, U. (2008a): Nikotin. Pharmakologische Wirkung und Entstehung der Abhängigkeit. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), Heidelberg
- Schaller, K. & Pötschke-Langer, M. (2008): Gesundheitsschäden durch Rauchen und Passivrauchen. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), Heidelberg
- Scheidt-Nave, C. (2010): Chronische Erkrankungen – Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. *Public HealthForum*18 (66): 2.e1-2.e4
- Schenk, M.; Schaller, K. & Pötschke-Langer, M. (2008): Tabakrauch – ein Giftgemisch. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), Heidelberg
- Schwenk, M.; Thielmann, H.W.; Pötschke-Langer, M. & Wiebel, F. J. (2010): Regulierungsbedarf zum Schutz der Gesundheit: Empfehlungen für eine Prüfstrategie für Tabakzusatzstoffe, DKFZ, Heidelberg
- Seidman, D.F.; Westmaas, J.L.; Goldband, S.; Rabiuis, V.; Katkin, E.S.; Pike, K.J.; Wiatrek, D. & Sloan, R.P. (2010): Randomized controlled trial of an interactive internet smoking cessation program with long-term follow-up. *Ann Behav Med.* 39(1): 48-60
- Siegrist, J. (2005): *Medizinische Soziologie.* 6. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München
- Siemon, G.; Loddenkemper, R; Raupach, T.; Schaller, K. & Pötschke-Langer, M. (2008): Durch Rauchen und Passivrauchen verursachte Atemwegs- und Lungenerkrankungen. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), Heidelberg
- Singhal, A. & Rogers, E.M. (1999): Entertainment-education. A communication strategy for social change. Lawrence Erlbaum Associates, London

- Statistisches Bundesamt (2006): *Leben in Deutschland – Haushalte, Familien und Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 2005.* Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009a): 73% der privaten Haushalte haben einen Internetzugang. Pressemitteilung Nr.464 vom 03.12.2009. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010): *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland mit Internationalen Übersichten.* Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013): *Fachserie 14. Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1. Absatz von Tabakwaren 1. Quartal 2013.* Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Strecher, V.; Shiffman, S. & West, R. (2005). Randomized controlled trial of a Web-based Computer-tailored Smoking cessation program as a Supplement to nicotine patch therapy. *Addiction* 100: 682-688
- Strecher, V.J.; McClure, J.; Alexander, G.; Chakraborty, B.; Nair, V.; Konkell, J.; Greene, S.; Couper, M.; Carlier, C.; Wiese, C.; Little, R.; Pomerleau, C. & Pomerleau, O. (2008): The Role of Engagement in a Tailored Web-Based Smoking Cessation Program: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.*, 10(5): e36
- Swartz, L. H. G.; Noell J. W.; Schroeder S. W. & Ary D. V. (2006): A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. *Tobacco Control* 15: 7-12
- Tabakverordnung vom 20. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2831), zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 14.7.2008 I 1295
- Thielmann, H.W. & Pötschke-Langer, M. (2005): *Erhöhte Gesundheitsgefährdung durch Zusatzstoffe in Tabakerzeugnissen - Konsequenzen für die Produktregulation.* Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), Heidelberg
- Tretter, F. & Müller, A. (2001): *Psychologische Therapie der Sucht.* Hogrefe, Göttingen
- U.S. Department of Health and Human Services (2004): *The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General.* U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta
- Weissinger, V. & Schneider, B. (2007): *Rauchen als abhängiges Verhalten: Phänomenologie und Behandlung.* *Public Health Forum* 15 (54): 4-6
- Winkelmann, S.; Petermann, F. & Petermann, U. (2006): *Lernpsychologie.* Ferdinand Schöningh, Paderborn
- World Health Organization (2003): *Framework convention on tobacco control.* World Health Organization, Genf
- World Health Organization (2004): *The global burden of disease: 2004 update (online).* WorldHealthOrganization, 2008. Verfügbar unter www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf (abgerufen am 4.12.2009)
- World Health Organization (2008a): *ICD-10, Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19).* Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Verfügbar unter www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlsgbv/fr-icd.htm?gf10.htm+, (abgerufen am 4.6.2010)
- World Health Organization (2008b): *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package.* Genf: World Health Organisation. Verfügbar unter: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf (abgerufen am 4.6.2010)

Tabellarischer Anhang

Tabelle 27: Überblick über die Zusammensetzung der Nutzerschaft des Rauchfrei-Ausstiegsprogramms im Jahr 2009 (registrierte Teilnehmer: n=5.332) (Kapitel 7.4.2)

Geschlecht	
Männlich	50,4%
Weiblich	49,6%
Alter (Mittelwert: 35,09; Standardabweichung 10,56)	
bis 20 Jahre	5,4%
21 bis 30 Jahre	35,0%
31 bis 40 Jahre	28,4%
41 bis 50 Jahre	22,3%
51 bis 60 Jahre	7,4%
61 Jahre und älter	1,4%
Alter des Konsumbeginns (Mittelwert: 17,25; Standardabweichung: 6,05)	
bis 15 Jahre	47,2%
16 bis 20 Jahre	39,7%
21 bis 30 Jahre	8,2%
31 bis 40 Jahre	3,3%
über 40 Jahre	1,5%
Konsumjahre (Mittelwert: 17,92; Standardabweichung: 10,76)	
bis 2 Jahre	5,4%
3 bis 5 Jahre	3,8%
6 bis 10 Jahre	14,5%
11 bis 15 Jahre	20,2%
16 bis 20 Jahre	12,7%
über 20 Jahre	43,4%
Konsummenge vor Beginn des Programms (Zigaretten pro Tag) (Mittelwert: 17,20; Standardabweichung: 11,15)	
0 - 5 Zigaretten am Tag	18,1%
6 - 10 Zigaretten am Tag	9,2%
11 - 15 Zigaretten am Tag	15,4%
16 - 20 Zigaretten am Tag	26,7%
21 - 25 Zigaretten am Tag	14,8%
mehr als 25 Zigaretten am Tag	15,7%
Anteil starker Raucher vor Beginn des Programms (über 20 Zigaretten pro Tag)	
	30,5%
Fagerström-Wert (Mittelwert: 5,35; Standardabweichung 2,29)	
Geringe Abhängigkeit	20,5%
Mittlere Abhängigkeit	47,4%
Starke Abhängigkeit	24,5%
Sehr starke Abhängigkeit	7,7%
Ausstiegsvariante	
regulärer Programmstart (mit Vorbereitungszeit)	69,3%
direkter Programmstart (Tag der Anmeldung ist Rauchstopptag)	13,7%
Quereinstieg (Rauchstopp vor 1 Tag)	5,1%
Quereinstieg (Rauchstopp vor 2 Tagen)	3,2%
Quereinstieg (Rauchstopp vor 3 Tagen)	2,4%
Quereinstieg (Rauchstopp vor 4 Tagen)	1,7%
Quereinstieg (Rauchstopp vor 5 Tagen)	4,5%

Quelle: eigene Berechnung

Tabelle 28: Zusammenfassung der Befragungsergebnisse von Programmteilnehmern, die zum Zeitpunkt der Nachbefragungen angeben Raucher zu sein (Kapitel 7.4.6.)

	Befragungsergebnisse im 6-Monats-Follow-Up (n=345)	Befragungsergebnisse im 12-Monats-Follow-Up (n=113)
Konsummenge unmittelbar nach Programmbeendigung		
Wie viele Zigaretten haben Sie in den ersten Tagen geraucht, nachdem Sie das Programm beendet haben?)		
0 Zigaretten	117 (33,9%)	50 (44,2%)
1-5 Zigaretten	85 (24,6%)	24 (21,2%)
6-10 Zigaretten	53 (15,4%)	19 (16,8%)
> 10 Zigaretten	90 (26,1%)	20 (17,8%)
Mittelwert	7,98	6,46
Standardabweichung	9,563	9,278
Wiedereinstieg		
Seit wann rauchen Sie wieder?		
Mittelwert	12,78 Wochen	87,62 Tagen
Standardabweichung	8,164	48,081
Gründe für die Wiederaufnahme des Rauchens		
Was waren die Gründe, dass Sie wieder angefangen haben zu rauchen?		
Gewichtszunahme	28 (23,93%)	3 (6,0%)
Entzugserscheinungen	16 (13,68%)	1 (2,0%)
Stress	84 (54,70%)	19 (38,0%)
Sonstiges	50 (42,74%)	14 (28,0%)
Gründe für den nicht durchgeführten Rauchstopp		
Was waren die Gründe, die dazu geführt haben, dass Sie nicht mit dem Rauchen aufgehört haben?		
Gewichtszunahme	34 (14,91%)	11 (17,5%)
Entzugserscheinungen	90 (39,47%)	15 (23,8%)
Stress	168 (73,68%)	36 (57,1%)
Sonstiges	82 (35,96%)	12 (19,0%)
Letzter Tabakkonsum		
Wann haben Sie zuletzt geraucht?		
Heute	293 (84,9%)	102 (90,3%)
Gestern	40 (11,6%)	7 (6,2%)
Vorgestern	6 (1,7%)	1 (0,9%)
Länger her	6 (1,7%)	3 (2,7%)
Mittelwert	1,20	1,16
Standardabweichung	0,549	0,56
Konsumtage pro Woche		
Bitte denken Sie nun an die letzten 7 Tage. An wie vielen dieser Tage haben Sie geraucht?		
An keinem Tag	3 (0,9%)	1 (0,9%)
An einem Tag	3 (0,9%)	0
An zwei Tagen	6 (1,7%)	2 (1,8%)
An drei Tagen	4 (1,2%)	1 (0,9%)
An vier Tagen	11 (3,2%)	2 (1,8%)
An fünf Tagen	12 (3,5%)	3 (2,7%)
An sechs Tagen	8 (2,3%)	2 (1,8%)
An sieben Tagen	296 (86,3%)	102 (90,3%)
Mittelwert	6,95	6,69
Standardabweichung	7,296	1,103

Täglicher Durchschnittskonsum		
An so einem Tag, an dem Sie rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie da durchschnittlich?		
0-5 Zigaretten	49 (14,2%)	14 (12,4%)
6-10 Zigaretten	79 (23,0%)	28 (24,8%)
11-15 Zigaretten	60 (17,4%)	23 (20,4%)
16-20 Zigaretten	101 (29,3%)	26 (23,0%)
>20 Zigaretten	56 (16,3%)	22 (19,5%)
<i>Mittelwert</i>	15,78	16,37
<i>Standardabweichung</i>	9,045	11,108
Motivation Nichtraucherstatus zu erlangen		
Wie gerne wollen Sie Nichtraucher/in werden?		
Sehr gerne	241 (69,9%)	74 (65,5%)
Eher gerne	93 (27,0%)	35 (31,0%)
Eher ungern	11 (3,2%)	4 (3,5%)
Sehr ungern	0	0
<i>Mittelwert</i>	1,33	1,38
<i>Standardabweichung</i>	0,536	0,556
Wahrscheinlichkeit Nichtraucherstatus zu erlangen		
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass es Ihnen gelingt, innerhalb der nächsten sechs Monate nicht zu rauchen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören?		
Sehr unwahrscheinlich	36 (10,4%)	10 (8,8%)
Eher unwahrscheinlich	137 (39,7%)	49 (43,4%)
Eher wahrscheinlich	146 (42,3%)	45 (39,8%)
Sehr wahrscheinlich	26 (7,5%)	9 (8,0%)
<i>Mittelwert</i>	2,47	2,47
<i>Standardabweichung</i>	0,781	0,768
Zeitrahmen Nichtraucherstatus zu erlangen		
Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten auf Sie zu?		
Ich habe nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.	56 (16,2%)	16 (14,2%)
Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.	116 (33,6%)	31 (27,4%)
Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.	173 (50,1%)	66 (58,4%)
Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm		
Denken Sie, dass das was Sie im Rahmen des Programms erfahren haben, Ihnen dabei helfen könnte, mit dem Rauchen aufzuhören?		
Ja, ganz sicher	73 (25,2%)	33 (34,0%)
Eher ja	148 (51,0%)	49 (50,5%)
Eher nicht	61 (21,0%)	15 (15,5%)
Überhaupt nicht	8 (2,8%)	0
<i>Mittelwert</i>	2,01	1,81
<i>Standardabweichung</i>	0,758	0,682
Erneute Nutzung des Ausstiegsprogramms		
Können Sie sich vorstellen, bei einem möglichen nächsten Ausstiegsversuch, wieder auf das Rauchfrei-Ausstiegsprogramm der BZgA zurückzugreifen?		
Ja, ganz sicher	151 (43,8%)	6 (37,5%)
Eher ja	126 (36,5%)	7 (43,8%)
Eher nicht	58 (16,8%)	3 (18,7%)
Überhaupt nicht	10 (2,9%)	0
<i>Mittelwert</i>	1,79	1,81
<i>Standardabweichung</i>	0,824	0,750

Quelle: eigene Berechnung

Tabelle 29: Zusammenfassung der Befragungsergebnisse von Personen, die zum Zeitpunkt der Nachbefragungen angeben Nichtraucher zu sein (Kapitel 7.6.7.)

	Befragungsergebnisse im 6-Monats-Follow-Up: Nichtraucher zu t1 (n=498)	Befragungsergebnisse im 12-Monats-Follow-Up: Nichtraucher zu t1 und t2 (n=280)
Konsummengen unmittelbar nach Programmbeendigung		
Wie viele Zigaretten haben Sie in den ersten Tagen geraucht, nachdem Sie das Programm beendet haben?		
0 Zigaretten	457 (91,8%)	263 (93,9%)
1-5 Zigaretten	21 (4,2%)	10 (3,6%)
6-10 Zigaretten	9 (1,8%)	1 (0,4%)
> 10 Zigaretten	11 (2,2%)	6 (2,1%)
<i>Mittelwert</i>	0,73	0,62
<i>Standardabweichung</i>	3,393	3,492
Zeitpunkt des letzten Tabakkonsums		
Sie haben angegeben, dass Sie sich heute als Nichtraucher/in bezeichnen. Wann haben Sie zuletzt eine Zigarette geraucht?		
Vor bis zu 7 Tagen	34 (6,8%)	8 (2,9%)
Länger her als 7 Tage (7-Tage-Punktprävalenz)	464 (93,2%)	272 (97,1%)
Länger her als 30 Tage (30-Tage-Punktprävalenz)	435 (87,3%)	265 (94,6%)
Schwierigkeiten durchzuhalten		
Wie leicht bzw. schwer ist es Ihnen gefallen, nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen?		
sehr leicht	35 (7,0%)	32 (12,0%)
Ziemlich leicht	151 (30,4%)	117 (43,8%)
Etwas schwer	215 (43,3%)	84 (31,5%)
Sehr schwer	96 (19,3%)	34 (12,7%)
<i>Mittelwert</i>	2,75	2,45
<i>Standardabweichung</i>	0,847	0,863
Hindernisse beim Durchhalten der Rauchfreiheit		
Was waren für Sie die größten Schwierigkeiten bzw. Hindernisse, "rauchfrei" zu bleiben?		
Gewichtszunahme	223 (44,8%)	127 (45,4%)
Entzugserscheinungen	168 (33,7%)	65 (23,2%)
Stress	239 (48,0%)	113 (40,4%)
Sonstiges	159 (31,9%)	85 (30,4%)
Keine	61 (12,2%)	52 (18,6%)
Verfehlungen		
Hatten Sie, nach dem Sie das Programm zum letzten Mal besucht haben, einen "Ausrutscher", d.h. haben Sie in der Zeit nach der letzten Nutzung des Programms noch einmal geraucht?		
Keinen Ausrutscher	363 (73,0%)	231 (86,6%)
Einen Ausrutscher	50 (10,1%)	18 (6,7%)
Mehrere Ausrutscher	84 (16,9%)	18 (6,7%)
Verlangen / Wunsch zu rauchen		
Wie gerne würden Sie wieder rauchen?		
Sehr gerne	21 (4,3%)	6 (3,6%)
Eher gerne	68 (13,9%)	16 (9,6%)
Eher ungern	169 (34,6%)	51 (30,5%)
Sehr ungern	231 (47,2%)	94 (56,3%)
<i>Mittelwert</i>	3,25	3,4
<i>Standardabweichung</i>	0,851	0,806

Motivation Nichtraucherstatus beizubehalten		
Wie gerne wollen Sie Nichtraucher/in bleiben?		
Sehr gerne	431 (86,7%)	257 (91,8%)
Eher gerne	55 (11,1%)	21 (7,5%)
Eher ungern	7 (1,4%)	1 (0,4%)
Sehr ungern	4 (0,8%)	1 (0,4%)
<i>Mittelwert</i>	1,16	1,09
<i>Standardabweichung</i>	0,462	0,336
Wahrscheinlichkeit Nichtraucher zu bleiben		
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass es Ihnen gelingt, innerhalb der nächsten 6 Monate Nichtraucher/in zu bleiben?		
Sehr unwahrscheinlich	19 (3,8%)	18 (6,4%)
Eher unwahrscheinlich	13 (2,6%)	3 (1,1%)
Eher wahrscheinlich	157 (31,6%)	48 (17,1%)
Sehrwahrscheinlich	308 (62,0%)	211 (75,4%)
<i>Mittelwert</i>	3,52	3,61
<i>Standardabweichung</i>	0,730	0,804
Empfundene Hilfe durch das Ausstiegsprogramm		
Denken Sie, dass das was Sie im Rahmen des Rauchfrei-Ausstiegsprogramms gelernt haben, Ihnen dabei helfen wird, Nichtraucher/in zu bleiben?		
Ja, ganz sicher	154 (31,0%)	(34,0%) _F
Eher ja	254 (51,1%)	(48,0%)
Eher nicht	68 (13,7%)	(14,3%)
Überhaupt nicht	21 (4,2%)	(4,7%)
<i>Mittelwert</i>	1,91	
<i>Standardabweichung</i>	0,780	

Quelle: eigene Berechnung

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt, sowie die Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen sind, unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht habe. Das gilt auch für die verwendeten Abbildungen.

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit nicht anderweitig in dieser Form als Dissertation eingereicht wurde und ich bisher auch keine weiteren Versuche zur Promotion unternommen habe.

Bielefeld, November 2013

Mareike Wörmann