

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Gesundheitswissenschaften
(Dr. PH)

**Rekonstruktionen von Agentivität und Geschlecht
in der Tabakentwöhnung**

**Eine qualitative, geschlechtsreflexive Studie
zum Entwöhnungsgeschehen in der Phase des Rauchstopps
aus der Perspektive von Aussteiger*innen**

vorgelegt von
Gabriele Klärs, M.Sc.

Erstgutachterin: Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld
Zweitgutachterin: Prof. Dr. habil. em. Cornelia Helfferich, Evangelische Hochschule Freiburg

Köln, im November 2018

Datum der Disputation: 04. Februar 2019

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	V
ZUSAMMENFASSUNG	VI
ABSTRACT.....	VII
1 EINLEITUNG	1
1.1. Untersuchungsziele und Forschungsfrage.....	3
1.2. Aufbau der Arbeit.....	5
2 VERBREITUNG, HINTERGRÜNDE UND GESUNDHEITLICHE FOLGEN DES TABAKKONSUMS BEI ERWACHSENEN.....	7
2.1 Epidemiologie des Tabakkonsums	7
2.1.1 Alters- und geschlechtsspezifische Konsummuster.....	11
2.1.2 Soziale Determinanten des Tabakkonsums.....	13
2.2 Sozio-Kulturelle Aspekte des Tabakkonsums	17
2.3 Gesundheitliche Folgen des Rauchens: Morbidität und Mortalität.....	20
2.3.1 Tabakkonsumassoziierte Morbidität	20
2.3.2 Tabakkonsumassoziierte Mortalität	21
2.4 Gesundheitsökonomische Aspekte des Rauchens	24
2.5 Zusammenfassung	25
3 NEUROBIOLOGISCHE, SOZIALE UND PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DER TABAKABHÄNGIGKEIT	25
3.1 Definition der Tabakabhängigkeit.....	26
3.2 Inhaltsstoffe und neurophysiologische Wirkung von Tabakerzeugnissen	28
3.3 Einstiegsphase und Experimentierphase im Jugendalter	31
3.4 Gewöhnungsphase und Abhängigkeit.....	34
3.5 Zusammenfassung	36
4 AUSSTIEG AUS DEM TABAKKONSUM: DATEN UND HINTERGRÜNDE.....	37
4.1 Epidemiologie des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum	37
4.1.1 Ausstiegsquoten und -modi.....	37
4.1.2 Aufhörmotive	40
4.1.3 Entwöhnungserfolge und Rückfälle	41
4.2 Effekte des Nikotinentzugs	46
4.2.1 Neurophysiologische, physische und psychische Symptome des Nikotinentzugs	46
4.2.2 Positive Effekte des Tabakausstiegs	47
4.2.3 Frauenspezifische Symptome des Nikotinentzugs.....	48
4.3 Spezifische Aspekte des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum	48

4.3.1	<i>Negative Gefühle und Situationen</i>	49
4.3.2	<i>Gewichtszunahme / Angst vor Gewichtszunahme</i>	49
4.4	Zusammenfassung	50
5	THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER TABAKENTWÖHNUNG	51
5.1	Theoretisch relevante Elemente der Tabakentwöhnung.....	51
5.1.1	<i>Soziale Unterstützung</i>	52
5.1.2	<i>Copingstrategien</i>	57
5.1.3	<i>Selbstwirksamkeitserwartung</i>	61
5.1.4	<i>Kognitive Umstrukturierung</i>	64
5.2	Konzepte der Tabakentwöhnungsbehandlung.....	65
5.2.1	<i>Kognitiv-verhaltenstherapeutische Tabakentwöhnung</i>	66
5.2.2	<i>Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung</i>	70
5.2.3	<i>Rückfallmodell von Marlatt und Gordon</i>	74
5.3	Thematisierungen von Geschlecht, Körper und Substanzkonsum	77
5.3.1	<i>Theoretische Orientierungen: Geschlechtertheorien</i>	77
5.3.2	<i>Tabakkonsum im Kontext von Männlichkeiten und Weiblichkeiten</i>	81
5.3.3	<i>Gendersensible Suchthilfe: Entwicklungen, Instrumente und Anforderungen</i>	85
5.4	Zusammenfassung	90
6	STAND DER TABAKENTWÖHNUNG IN DEUTSCHLAND	91
6.1	Angebote und Strategien des Rauchausstiegs.....	91
6.1.1	<i>Verhaltenstherapeutische Unterstützungsangebote</i>	92
6.1.2	<i>Medikamentöse Therapiestrategien</i>	96
6.1.3	<i>E-Zigarette</i>	97
6.1.4	<i>Weitere Verfahren</i>	98
6.2	Effektivität der Tabakentwöhnung	98
6.3	Ansätze gendersensibler und genderspezifischer Tabakentwöhnung	101
6.4	Zusammenfassung	104
7	METHODISCHES VORGEHEN	106
7.1	Erhebungsinstrumente.....	107
7.1.1	<i>Das problemzentrierte Interview</i>	107
7.1.2	<i>Der Interviewleitfaden</i>	108
7.1.3	<i>Standardisierte Fragebögen</i>	110
7.1.4	<i>Das Postskript</i>	110
7.1.5	<i>Der Fagerström-Test zur retrospektiven Ermittlung der Nikotinabhängigkeit</i>	111
7.2	Stichprobenbildung und Fallauswahl	111
7.3	Rekrutierung der Interviewpartner*innen.....	112
7.4	Umgang mit Daten- und Vertrauensschutz.....	113
7.5	Durchführung der Interviews.....	113
7.6	Teilnahmebereitschaft der Befragten	114
7.7	Datenauswertung und Ergebnisdarstellung	115
7.7.1	<i>Das Thematische Kodieren als ausgewählte Auswertungsmethode</i>	115

7.7.2	<i>Die fünf Schritte des Auswertungsprozesses</i>	116
7.7.3	<i>Agency als zentrale Analyseperspektive</i>	117
7.7.4	<i>Empirisch begründete Typenbildung</i>	120
8	ERGEBNISSE	122
8.1	Vorgehensweise bei der Analyse und Typenbildung	122
8.2	Überblick über das Sample	128
8.3	Vergleichsdimensionen für die Typologie von Rauchaussteiger*innen	131
8.3.1	<i>Herausarbeitung von Mustern der individualisierten Agentivität</i>	131
8.3.2	<i>Analyse der Konzeptualisierungen der Abhängigkeit</i>	133
8.3.3	<i>Aufhör- und Copingstrategien</i>	135
8.4	Charakterisierung der fünf Typen	136
8.4.1	<i>Typus 1: Vermeider*innen</i>	136
8.4.2	<i>Typus 2: Kämpfer*innen</i>	145
8.4.3	<i>Typus 3: Individualist*innen</i>	154
8.4.4	<i>Typus 4: Zweifler*innen</i>	170
8.4.5	<i>Typus 5: Süchtige</i>	180
8.5	Gemeinsamkeiten und Unterschiede der gebildeten Typen.....	193
9	DISKUSSION	198
9.1	Herausforderungen des Rauchausstiegs	198
9.2	Aufhörstrategien im Spiegel von Agentivitätskonstruktionen	200
9.3	Bedeutung von Geschlecht im Entwöhnungsgeschehen	203
9.4	Reflexive Konzeptualisierungen der Abhängigkeit.....	207
9.5	Implikationen für die Tabakentwöhnung	211
9.5.1	<i>Geschlechtsreflexive Perspektive</i>	211
9.5.2	<i>Suchtreflexive Perspektive</i>	213
9.6	Reflexion des methodischen Vorgehens	215
10	FAZIT UND AUSBLICK	221
	LITERATURVERZEICHNIS	226
	ANHANG I: INTERVIEWLEITFADEN	242
	ANHANG II: KURZFRAGEBOGEN	244
	ANHANG III: POSTSCRIPT.....	246
	ANHANG IV: FAGERSTRÖM-TEST	247
	ANHANG V: INFOBLATT ZUR REKRUTIERUNG VON INTERVIEWPERSONEN	248
	ANHANG VI: TEXT ZEITUNGSANZEIGEN.....	249
	ANHANG VII: TRANSKRIPTIONSREGELN UND TRANSKRIPTIONSBEISPIEL	250

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Rauchprävalenzen aus den verschiedenen Gesundheitssurveys	8
Tabelle 2: Systematik sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke	53
Tabelle 3: Klassifikation von Bewältigungsstrategien	60
Tabelle 4: Komponenten der Tabakentwöhnung nach Phasen des Ausstiegsprozesses	69
Tabelle 5: Auswertung des Fagerström-Tests	111
Tabelle 6: Muster der Agentivität	126
Tabelle 7: Typen von Rauchaussteiger*innen	127
Tabelle 8: Interviewpersonen, die an einem Entwöhnungskurs teilnahmen	130
Tabelle 9: Interviewpersonen, die den Tabakausstieg selbstständig unternommen haben	130
Tabelle 10: Übersicht über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der gebildeten Typen von Rauchaussteiger*innen	197
Abbildung 1: 30-Tage-Prävalenz der Erwachsenenbevölkerung	9
Abbildung 2: Prozentuale Raucher*innenanteile in der Erwachsenenbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht	11
Abbildung 3: Häufigkeit und Menge des Rauchens bei Rauchern der Erwachsenenbevölkerung	12
Abbildung 4: Häufigkeit und Menge des Rauchens bei Raucherinnen der Erwachsenenbevölkerung	12
Abbildung 5: Rauchstatus nach Alter und Bildungsstatus bei Frauen	15
Abbildung 6: Rauchstatus nach Alter und Bildungsstatus bei Männern	15
Abbildung 7: Psychischer und physischer Aspekt der Nikotinabhängigkeit	28
Abbildung 8: Reiz-Reaktions-Modell	33
Abbildung 9: Kognitives Modell der Tabakabhängigkeit	35
Abbildung 10: Ausstiegsstrategien von Ex-Raucher*innen und Raucher*innen	39
Abbildung 11: ABC-Modell der Kognitiven Umstrukturierung	65
Abbildung 12: Fünf Stadien der Verhaltensänderung (stages of change) am Beispiel des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum	71
Abbildung 13: Strategien der Einstellungs- und Verhaltensänderungen nach Stadien des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung	73
Abbildung 14: Überarbeitetes kognitiv-behaviorales Rückfallmodell	76
Abbildung 15: Beispiel für die erweiterte Analyse des sozialen Umfelds	124
Abbildung 16: Schritte im Prozess der Typenbildung	126
Abbildung 17: Agentivität der Abhängigkeit und individualisierte Abhängigkeit der gebildeten Typen	207
Abbildung 18: Zusammenhang von individualisierter Agentivität, Konzeptualisierung der Abhängigkeit und Aufhörstrategien	210

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEBRA	Deutsche Befragung zum Rauchverhalten
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey (Epidemiological Survey of Addiction)
FOGS	Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich
FTND	Fagerström-Test for Nicotine Dependence
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSR	Gender Smoking Ratio
HAPA	Health Action Process Approach
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICD	International Statistical Classification of Diseases
IFT	Institut für Therapieforchung
LSBT	Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Nordrhein-Westfalen
MAK	Ständige Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
MBRP	Mindfulness-Based Relapse Prevention
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen
NET	Nikotinersatztherapeutika
o.J.	Ohne Jahr
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SES	Sozio-ökonomischer Status
StBA	Statistisches Bundesamt
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung
TAM	Tabakassoziierte Mortalität
TTM	Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung
USDHHS	United States Department of Health and Human Services
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

ZUSAMMENFASSUNG

Im Mittelpunkt der Forschungsarbeit steht die Frage, wie Rauchaussteiger*innen sich im Entwöhnungsprozess bezogen auf Agentivität und Gender konstruieren und welche Bedeutung diesen Konstruktionen im Ausstiegsprozess zukommt. Ziel ist, aus den Ergebnissen Hinweise für die qualitative Weiterentwicklung der Angebote der Tabakentwöhnung abzuleiten.

Hintergrund: Nur etwa der Hälfte der Raucher*innen gelingt es, im Laufe der Zeit das Rauchen aufzugeben. Es stellt sich die Frage nach hinderlichen Faktoren und möglicherweise ungenutzten Potenzialen im Rauchausstieg. Theorie und Praxis der Tabakentwöhnung sind weitgehend geschlechtsblind bzw. einseitig vergeschlechtlicht. Sie gründen außerdem auf einem naturwissenschaftlich-biologischen Verständnis von Abhängigkeit. Dadurch werden die Handlungsmacht der Aussteiger*innen eingeschränkt und die sozialen Aspekte von Konsum und Abhängigkeit vernachlässigt.

Methode: Es wurden qualitative, problemzentrierte Interviews mit 13 Rauchaussteiger*innen, die den Ausstieg sowohl selbstständig als auch im Rahmen eines Kurses unternommen hatten, ausgewertet. Zur Auswertung wurden das Thematische Kodieren sowie die Agencyperspektive als zentrale Analyseheuristik herangezogen. Mit Hilfe der Typenbildung konnten aus den Dimensionen: individualisierte Handlungsmacht, Konzeptualisierungen der Abhängigkeit und Copingstrategien fünf Typen von Rauchaussteiger*innen gebildet werden.

Ergebnisse: Die Befunde zeigen, dass die Rauchaussteiger*innen sich nach dem Grad Handlungsmacht, die sie sich selbst zuschreiben, unterscheiden. Die Männer des Samples konstruieren sich insgesamt handlungsmächtiger als die Frauen; Frauen äußern mehr Zweifel am Ausstiegserfolg und konstruieren sich als weniger handlungsmächtig und im Extremfall als ohnmächtig gegenüber der Abhängigkeit. Die Konzeptualisierungen der Abhängigkeit reichen von „Blöde Angewohnheit“ bis „Übermacht“. Agentivitätskonstruktionen sind kontextuell und geschlechtstypisch geprägt; sie beeinflussen die Wahl der Aufhörstrategien. Für das Verständnis der Gestaltung des Aufhörprozesses bilden Agentivitätskonstruktionen einen Schlüssel.

Schlussfolgerungen: Die Arbeit gibt einen Einblick in das Ausstiegsgeschehens aus der Perspektive der Aufhörenden. Die aktive Bearbeitung der Agentivitätskonstruktionen kann Aussteiger*innen helfen, agentivitätsbezogene dysfunktionale Kognitionen abzubauen und neue Ressourcen zu erschließen. Die Theorie und Praxis der Tabakentwöhnung sind aufgefordert, ihre Paradigmen bezogen auf Gender und ihr Verständnis von Abhängigkeit zu reflektieren und Aufhörwillige dabei zu unterstützen, limitierende Agentivitätskonstruktionen aufzulösen und ihr Spektrum von Bewältigungsstrategien über Geschlechtszuschreibungen hinaus zu erweitern.

ABSTRACT

The purpose of this qualitative study is to extend the understanding from an agency-perspective of how smokers giving-up smoking construct their self-efficacy, tobacco addiction and gender. The aim is to draw conclusions for the further qualitative development of quitting programs.

Background: Whilst about half of the smokers succeed in quitting smoking in the course of time, there may be hidden obstructions and wasted potential for smoking cessation. Theory and practice of smoking cessation lack gender-sensitivity and interpret gender in a uni-lateral way. They are further based on a biomedical understanding of addiction that neglects human agency and the social aspects of smoking and addiction.

Methods: Qualitative methods were used. Thirteen smokers, who stopped smoking unaided or using a program, were interviewed (semi-structured). Data analysis was carried out using the thematic coding and the agency-perspective as the main heuristic analysis. Through the dimensions of agency, conceptualization of addiction and coping strategies, five types of quitters could be identified, developed and analysed.

Results: The findings show, that quitters differ concerning the degree of individual agency. The men of the sample construct for themselves a higher image of agency than the women. Women have the tendency to doubt successful cessation, and construct themselves as less agentic and in the extreme form perceive themselves powerless in facing addiction. The conceptualizations of addiction reach from “*silly habit*” to “*superiority*”. Agency-constructions are contextual and gendered and they influence the choice of coping strategies. In this way they are a key to the understanding of smokers’ ways of quitting.

Conclusions: The study contributes to a better understanding of quitting smoking from the perspective of quitters. Working with agency constructions can help quitters modify agency-related disfunctional cognition and open up new resources. The theory and practice of smoking cessation need to reflect their dominating paradigms concerning gender and understanding of addiction in order to effectively support people who are quitting smoking to overcome limiting constructions of gender and agency.

1 EINLEITUNG

Erkenntnisse über die gesundheitsrelevanten biologischen und sozialen Unterschiede zwischen Frauen und Männern haben dazu geführt, dass seit Jahren die Integration der Geschlechterperspektive in Gesundheitspolitik, -versorgung, -forschung sowie in Gesundheitsförderung und Prävention gefordert wird. In ihrem *Madrid Statement* stellt die Weltgesundheitsorganisation [WHO] (WHO Regional Office for Europe, 2002) fest, dass die Determinanten für den Gesundheitsstatus für Frauen und Männer nicht die gleichen sind und die biologischen und sozialen Differenzen zwischen Frauen und Männern zu unterschiedlichen Bedürfnissen, Hindernissen und Möglichkeiten führen. Die Geschlechtsrolle bestimme außerdem, so die Erklärung weiter, über das Ausmaß, in dem Männer und Frauen Zugang zu und Kontrolle über die Ressourcen und Entscheidungen haben, die ihre Gesundheit beeinflussen. Längst bekannt aus der Frauen- und Geschlechterforschung und in zahlreichen Veröffentlichungen dargestellt ist außerdem der enge Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und Geschlechtsrolle (z.B. Hurrelmann & Kolip, 2002; Kolip & Hurrelmann, 2016). Die Mitgliedstaaten wurden im Rahmen des *Madrid Statements* daher aufgefordert, Gender Mainstreaming als Strategie zu etablieren und als Prinzip auf allen Ebenen ihrer Gesundheitspolitik und in Public Health zu verankern. In Deutschland gab es hierzu vor allem ab dem Jahr 2000 zunächst vermehrt Initiativen und Ansätze, die jedoch über dieses Stadium kaum hinausgekommen sind. Eine systematische Verankerung der Geschlechterdifferenzierung ist im Gesundheitsbereich noch nicht gelungen und auch in anderen Politikbereichen wurde Gender Mainstreaming bisher wenig als Instrument zur Problemlösung erkannt und eingesetzt.

Nicht in Frage gestellt wird das Hauptargument für Gender Mainstreaming: die größere Passgenauigkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten. Je genauer die Ansprache der jeweiligen Zielgruppe und je passender das Angebot für deren Bedürfnisse und Bedarfe, desto effektiver die Intervention, so die zugrundeliegende Annahme (Jahn, 2004). Dabei ist wichtig, die Geschlechterdifferenzierung mit weiteren sozialen Kriterien wie Alter, soziokultureller Hintergrund, sozioökonomischer Status und Lebenslage zu verbinden. Die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention bleibt derzeit noch weit hinter diesem Anspruch zurück (Altgeld & Kolip, 2006), wengleich mit dem Präventionsgesetz die systematische Berücksichtigung von Geschlecht seit seiner Verabschiedung am 25. Juli 2015 verankert ist.

In der Suchtprävention wurde die Relevanz der Geschlechterdifferenzierung vor allem im Hinblick auf die Zielgruppe der Jugendlichen bereits in den 1980er Jahren erkannt und bearbeitet. Von einer Etablierung im Sinne des Gender Mainstreaming und einer grundsätzlichen Veränderung der Landschaft der Suchtprävention und -hilfe kann jedoch bis heute keine Rede sein. Die frühen 1980er Jahre waren

auch geprägt von Diskussionen und Forschungen um Inhalte und Formen frauenbezogener Arbeit mit Substanzabhängigen. Hieraus entwickelten sich ab Mitte der 1980er Jahre Angebote, die speziell Frauen adressierten (Schwartz, 2005). Seit wenigen Jahren werden auch männerbezogene Fragestellungen im Hinblick auf abhängiges Verhalten diskutiert (Jacob & Stöver, 2006; Jacob & Stöver, 2009).

Hinsichtlich des Tabakkonsums weisen Literatur und epidemiologische Daten darauf hin, dass das Tabakkonsumverhalten maßgeblich von den sozialen Aspekten der Geschlechtszugehörigkeit geprägt wird. Die Praxis der Tabakentwöhnung hat diesen Zusammenhang konzeptionell bisher zu wenig aufgegriffen. Die Forderung nach geschlechtersensiblen Angeboten zur Tabakentwöhnung wird vielfach formuliert, da davon ausgegangen wird, dass die Integration der Geschlechterperspektive und eine stärkere Orientierung an den Lebenslagen von Frauen und Männern die Effektivität dieser Angebote erhöhen kann (United States Department of Health and Human Services [USDHHS], 2001; Reynoso, Susabda & Cepeda-Benito, 2005; Bauld, Bell, McCullough, Richardson & Greaves, 2009; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2009; Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008; Fleitmann, Dohnke, Balke, Rustler & Sonntag, 2010). Was genau dies aber für die Praxis der Tabakentwöhnung bedeutet, ist nur ansatzweise deutlich. Die Erkenntnisse zu geschlechtstypischen Konsummustern, Ausstiegsmotivationen, Aufhörstrategien, Rückfallgründen und relevanten Aspekten im Ausstiegsprozess wie z.B. Gewichtszunahme stammen überwiegend aus quantitativen Erhebungen und sind zum Teil sehr heterogen. Außerdem fehlen weitgehend Erkenntnisse zu geschlechtsbezogenen Unterstützungsbedarfen und -bedürfnissen. Da die vorliegenden Erkenntnisse bisher nur ansatzweise Eingang in die Praxis der Suchtprävention und Entwöhnungsbehandlung gefunden haben, kann derzeit noch von einer Lücke zwischen der Forderung nach Gendersensibilität und konkreten Konzepten gesprochen werden.

Die Public Health-Relevanz des Forschungsthemas stellt sich über die mit dem Tabakkonsum assoziierte Krankheitslast her. So ist Tabak die wichtigste Einzelursache für vermeidbare Mortalität und verursacht verschiedene schwerwiegende Erkrankungen und Gesundheitsstörungen (USDHHS, 2004). Mit dem Rauchen ist der durchschnittliche Verlust von zehn Lebensjahren verbunden und die Hälfte bis ein Drittel der Raucher verstirbt vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums (Doll, Peto, Boreham & Sutherland, 2004). Tabakkonsum ist zentraler Risikofaktor für bösartige Neubildungen insb. der Lunge und für kardiovaskuläre Erkrankungen sowie für weitere schwerwiegende und zum Teil tödliche Erkrankungen (USDHHS, 2004). Da es sich um ein vermeidbares Risiko handelt, werden erhebliche und ressourcenintensive Anstrengungen unternommen, um die Rauchprävalenzen zu senken. Die Tabakkontrollpolitik zielt darauf ab, sowohl den Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern als auch den Ausstieg zu erleichtern. Auf der Ebene der Maßnahmen wird eine Kombination von verhält-

nispräventiven wie z.B. Rauchverbot und verhaltenspräventiven Interventionen für zielführend gehalten. Die Angebote zur Tabakentwöhnung sind vielfältig und reichen von niedrigschwelligen Informationsmaterialien bis zu höherschwelligen Angeboten der Begleitung des Rauchstopps. Die Vollerhebung des DKFZ im Jahr 2007 identifizierte 3.000 Angebote mit rund 250.000 Plätzen (Etzel, Mons, Schmidt, Lang & Pötschke-Langer, 2008). Die meisten Raucher*innen versuchen jedoch zunächst, sich das Rauchen ohne Hilfsmittel abzugewöhnen; weniger als 1 % der Raucher*innen und Ex-Raucher*innen versucht den Rauchstopp im Rahmen eines Entwöhnungskurses (Kröger, Sonntag & Shaw, 2001). Dabei führen lediglich 3-5 % aller selbst initiierten und etwa 30 % der durch Beratung oder auch Medikamente unterstützten Aufhörversuche zu langfristiger Abstinenz, so dass Raucher*innen oftmals mehrere Aufhörversuche in ihrer Biographie zu verzeichnen haben. Etwa der Hälfte der Erwachsenen, die jemals geraucht haben, gelingt es im Laufe ihres Lebens, zum Teil nach mehreren Aufhörversuchen, wieder aufzuhören (Lampert & Burger, 2005). Die theoretische Grundlage für die Entstehung der Abhängigkeit wie auch die Entwöhnung bilden die kognitiv-behavioralen Theorien. Neben der physiologischen Wirkung der abhängigkeiterzeugenden Inhaltsstoffe des Tabaks handelt es sich beim Substanzkonsum – so die Annahme – vor allem um erlerntes Verhalten, das im Rahmen der Entwöhnung wieder verlernt werden kann. Zentrale Wirkfaktoren bei dem Versuch der Verhaltensänderung wie der Tabakentwöhnung sind Motivation, Selbstwirksamkeitserwartung, Copingstrategien und soziale Unterstützung. Diese Theorien werden daraufhin diskutiert, inwieweit sie die Dimension Geschlecht berücksichtigen und empirische Befunde vorliegen, die Erkenntnisse über Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern beinhalten.

1.1. UNTERSUCHUNGSZIELE UND FORSCHUNGSFRAGE

Forschungen zur Tabakentwöhnung sind vornehmlich quantitativ ausgerichtet. Sie zielen darauf, die Effektivität von Interventionen zu überprüfen und orientieren sich als Outcomeparameter an der Dauer der Abstinenz. Angesichts hoher Rückfallraten ist aber die Frage nach dem *Wie* des Entwöhnungsprozesses zu stellen (Lichtenstein, 1982), die sich auf Gelingensfaktoren sowie auf Charakteristika des Copingprozesses bezieht. Die eher auf den Prozess gerichtete Forschung will ermitteln, welche Techniken der Verhaltensänderung in welcher Weise zum angestrebten Zielverhalten führen. Auf der individuellen Ebene ist wichtiges Element und gleichsam Voraussetzung, um Verhaltensänderungen einzuleiten, die Selbstwirksamkeitserwartung. Sie ist darüber hinaus bedeutsam für die kurz- und langfristige Aufrechterhaltung des Zielverhaltens; ihre Stärkung ist daher zentraler Bestandteil von Tabakentwöhnungsprogrammen. In der quantitativen Sozialforschung liegen verschiedene Messinstrumente vor, um die subjektive Selbstwirksamkeitserwartung bezogen auf die Abstinenzfähigkeit in verschiedenen sozialen und emotionalen Situationen abzubilden (z.B. Spek, Lem-

mens, Chatrou, van Kempen, Pouwer & Pop, 2013). Diese Einschätzungen basieren auf impliziten Überzeugungen und Vorstellungen von Handlungsmacht – sowohl der sich selbst zugeschriebenen, individualisierten Handlungsmacht als auch derjenigen relevanter Akteure und *Mächte* wie z.B. der Abhängigkeit. Die qualitative Sozialforschung kann die Selbstwirksamkeitserwartung methodisch durch die Analyseheuristik der Agentivität (Agency) abbilden.

Die Forschungsarbeit will einen Beitrag zum Verständnis geschlechtstypischer Verhaltensmuster und Vorgehensweisen der Verhaltensänderung leisten und nimmt dazu die Perspektive der Rauchausstieger*innen ein. Untersucht wird, wie Abhängigkeit konzeptualisiert und die Beziehung zur Zigarette beschrieben werden und wie sich dies auf die Aufhörstrategien auswirkt. Außerdem soll analysiert werden, ob sich der Tabakausstieg mit Hilfe eines Entwöhnungsprogramms anders gestaltet als der selbstständige Rauchstopp bzw. wie Frauen und Männer diese verschiedenen Vorgehensweisen für sich nutzen können.

Die Hauptfrage lautet daher:

**Wie gestalten Rauchausstieger*innen ihren Aufhörprozess,
welche Konstruktionen von Agentivität liegen dahinter und
welche Bedeutung kommt der Dimension Geschlecht zu?**

Die Hauptfrage gliedert sich in die folgenden Teilfragen:

- Welche Strategien wählen Frauen und Männer, um den Rauchstopp zu initiieren und die Abstinenz aufrechtzuerhalten?
- Welche Rolle spielen das soziale Umfeld und soziale Unterstützung im Aufhörprozess? Welche Formen von sozialer Unterstützung suchen und wünschen sich Aussteiger*innen?
- Welche Konstruktionen der individualisierten Handlungsmacht und welche Konzeptualisierungen von Abhängigkeit lassen sich herausarbeiten?
- Wie ist der Zusammenhang von Agentivitätskonstruktionen und Aufhörstrategien?

Im Ergebnisteil wird für die Darstellung der empirischen Befunde in Anlehnung an Schwarting (2005) eine geschlechtsreflexive Perspektive gewählt. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass sie die Differenzen zwischen den Geschlechtern nicht festschreibt und Männer und Frauen nicht homogenisiert, sondern im Gegenteil Differenzierungen innerhalb der Frauen und Männer zulässt und integriert. Das bedeutet, dass geschlechtsbezogene Aspekte so herausgearbeitet werden, dass sie nicht per se den Geschlechtern zugeordnet werden, also nicht als biologische Gegebenheiten gesehen werden, sondern als gesellschaftliche, kontext- und lebensweltbezogene und damit veränderbare Konstruktion sichtbar werden. Eine geschlechtsreflexive Perspektive nimmt außerdem die politischen und ökonomischen Strukturen in den Blick, die diese Konstrukte reproduzieren und damit verfestigen (Gröning,

2015). Unter Anerkennung historisch und gesellschaftlicher Bedingtheit von Unterschieden ist das Ziel dieser Herangehensweise die Aufhebung der Differenz, indem sie auf eine Erweiterung der Identitäten und Handlungsmöglichkeiten von Frauen und Männern zielt und andere soziale Differenzierungen berücksichtigt (Schwartzing, 2005).

Ziel der Arbeit ist außerdem der Gruppenvergleich zwischen selbstständig Entwöhnenden und Teilnehmer*innen an einem Entwöhnungskurs. Um keine Unterschiede zu generieren, die vielleicht nicht vorhanden sind, werden auch diese beiden Kategorien in der Auswertung nicht als Strukturierungsmerkmal an die Daten angelegt. Vielmehr wird die mögliche Bedeutung des Ausstiegsmodus im jeweiligen Kontext inhaltlich diskutiert.

1.2. AUFBAU DER ARBEIT

Die Arbeit gliedert sich in zehn Kapitel und ist wie folgt aufgebaut:

Kapitel zwei schildert die Epidemiologie des Tabakkonsums. Neben Daten zur Verbreitung des Tabakkonsums werden Befunde zu Konsummustern nach Geschlecht und Schicht differenziert präsentiert. Zusammen mit der Darstellung der gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums sowie gesundheitsökonomischer Aspekte verdeutlicht dieses Kapitel die Public Health-Relevanz des Tabakkonsums.

Die neurobiologischen, sozialen und psychologischen Aspekte der Tabakabhängigkeit sind Gegenstand des dritten Kapitels. Betrachtet werden die Ätiologie des Rauchens und die Gründe für die Entstehung einer Tabakabhängigkeit, Gründe für den Rückfall und den fortgesetzten Tabakkonsum sowie positive Effekte des Ausstiegs. Sofern Erkenntnisse hierzu vorliegen, erfolgt die Darstellung aus Geschlechterperspektive.

Das vierte Kapitel beleuchtet das Ausstiegsgeschehen. Neben epidemiologischen Daten zu erfolgreichen Ausstiegen und Rückfällen, werden die Effekte des Nikotinentzugs nachvollzogen und spezifische Aspekte des Ausstiegs dargestellt.

Die theoretischen Grundlagen der Tabakentwöhnung sind Gegenstand des fünften Kapitels. Im ersten Unterkapitel werden die zentralen Elemente: soziale Unterstützung, Copingstrategien, Selbstwirksamkeitserwartung und kognitive Umstrukturierung vorgestellt. Die in der Tabakentwöhnung angewendeten Modelle und Theorien werden im darauffolgenden Unterkapitel 5.2 umrissen; das anschließende Unterkapitel 5.3 fokussiert Theorien und Diskurse zur Bedeutung von Geschlecht schwerpunktmäßig bezogen auf Substanz- und Tabakkonsum.

Kapitel sechs widmet sich der Praxis der Tabakentwöhnung in Deutschland. Zunächst wird dargestellt, welche Angebote und Strategien Raucher*innen beim Ausstieg unterstützen und wie sich die

Inanspruchnahme und Effektivität dieser Angebote gestaltet. Das letzte Unterkapitel stellt Ansätze gendersensibler und -spezifischer Tabakentwöhnung vor.

Das siebente Kapitel erläutert das methodische Vorgehen bezüglich der Erhebung und Auswertung des Datenmaterials. Das qualitative Vorgehen wird als passend für den Forschungsgegenstand hergeleitet, das problemzentrierte Interview als Erhebungsinstrument und das thematische Kodieren als Auswertungsmethode werden dargestellt und begründet.

Die Ergebnisdarstellung beginnt mit dem achten Kapitel. Zunächst wird das Sample beschrieben. Das darauffolgende Unterkapitel 8.3 vollzieht die Entwicklung der Vergleichsdimensionen und den Prozess der Typenbildung nach, bevor anschließend die entwickelten Typen vorgestellt und ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede dargestellt werden (8.4 und 8.5).

Die Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse sowie die Reflektion des methodischen Vorgehens erfolgen im neunten Kapitel. Das Schlusskapitel formuliert Anforderungen für Theorie und Praxis der Tabakentwöhnung.

Bei der Abfassung der Arbeit wird zur Gleichbehandlung aller Formen von Geschlechtsidentitäten jenseits des binären Systems der *Gender-Star* verwendet. Der Asterisk stammt aus der Computersprache und steht als Platzhalter für eine beliebige Anzahl und Kombination von Buchstaben. Auf diese Weise soll verdeutlicht werden, dass es Personen gibt, die sich im zweigeschlechtlichen System nicht wiederfinden. Die Begrifflichkeiten *Frauen* und *Männer* werden angewandt im Bewußtsein, dass Geschlecht verschiedene Dimensionen hat, die über diese Zweigeschlechtlichkeit hinausweisen. Ebenso werden *Sex* und *Gender* als Kontinua gesehen, die je nach Kontext variieren. Die für die Arbeit relevanten Daten rekurrieren auf zwei Geschlechter. Daher wird die männliche Form verwendet, wenn ausschließlich Männer gemeint sind und analog die weibliche Sprachform eingesetzt, wenn von Frauen die Rede ist.

2 VERBREITUNG, HINTERGRÜNDE UND GESUNDHEITLICHE FOLGEN DES TABAKKONSUMS BEI ERWACHSENEN

Das zweite Kapitel der Forschungsarbeit bietet eine datengestützte Gesamtschau auf den Tabakkonsum. Dabei werden zunächst epidemiologische Daten herangezogen, um die Verbreitung und die sozialen Determinanten des Tabakkonsums darzustellen. Darüber hinaus sollen weitere Facetten des Tabakkonsums betrachtet werden. Der Blick in die historische Entwicklung des Tabakkonsums anhand der zeitlichen Entwicklung der Rauchprävalenzen soll die sozio-kulturelle Gebundenheit des Rauchens verdeutlichen. Ein weiteres Ziel dieses Kapitels ist die Darstellung der Public Health-Relevanz des Themas der Forschungsarbeit, die sich aus der tabakkonsumbedingten Morbidität und Mortalität sowie aus gesundheitsökonomischen Betrachtungen ergibt.

Zunächst werden daher unter Nutzung verschiedener Surveys Daten zur Verbreitung des Tabakkonsums in der Bevölkerung präsentiert. Da sich die Rauchprävalenzen und Konsummuster je nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht sehr unterschiedlich darstellen, werden diese Aspekte mithilfe epidemiologischer Daten in zwei weiteren Unterpunkten beleuchtet.

Das zweite Unterkapitel widmet sich den sozio-kulturellen Aspekten des Tabakkonsums. Ein kurzer Abriss der historischen Entwicklung des Tabakkonsums in Europa und die Verläufe der Rauchprävalenzen im zeitlichen Trend sollen verdeutlichen, wie eng Rauchen mit gesellschaftlichen Normen verbunden ist (Kapitel 2.2). Im Mittelpunkt des darauffolgenden Unterkapitels 2.3 stehen die gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums. Darauf folgen Ausführungen zu den gesundheitsökonomischen Aspekten des Rauchens (Kapitel 2.4).

2.1 EPIDEMIOLOGIE DES TABAKKONSUMS

In Deutschland wurden im Rahmen der Tabakkontrollpolitik in den letzten zwanzig Jahren zahlreiche Maßnahmen umgesetzt, um den Tabakkonsum der Bevölkerung zu senken. Neben Steuererhöhungen in den Jahren 2002 bis 2005, Tabakwerbeverbote und Warnhinweisen auf Tabakprodukten waren dies vor allem die gesetzlichen Regelungen der Arbeitsstättenverordnung im Jahr 2002 zum Schutz vor Passivrauchen sowie die Gesetzgebungen der Länder zum Nichtraucherschutz. Diese Aktivitäten verfolgen zwei Ziele und sollen (1) Anreize für den Ausstieg aus dem Tabakkonsum setzen und (2) den Einstieg in das Rauchen v.a. bei den Jugendlichen verhindern und auf diese Weise die Rauchquoten langfristig absenken. Die gewünschten Effekte zeigen sich bei den Rauchprävalenzen der unter 18-jährigen Bevölkerung; die Rauchprävalenzen der Erwachsenen hingegen, die viele Jahre relativ stabil bei 30 % lagen, sind seit einigen Jahren nur leicht auf im Mittel 27 % abgesunken. Zu

diesem Ergebnis kommen die verschiedenen Gesundheitssurveys, deren Daten im Folgenden präsentiert werden¹ (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Rauchprävalenzen aus den verschiedenen Gesundheitssurveys

Datenquelle	Jahr	Alter	Prävalenz (%)		
			Männer	Frauen	Gesamt
Epidemiologischer Suchtsurvey (Institut für Therapiefor- schung)	2015	18-64	31,2	26,1	28,7
DEGS1-Studie ² (Robert Koch-Institut)	2008-11	18-79	32,6	26,9	29,7
GEDA ³ 2014/15 (Robert Koch-Institut)	2014/15	18+	27,0	20,8	23,8
Sozio-oekonomisches Panel (Deutsches Institut für Wirtschafts- forschung)	2014	18+	30,0	23,5	26,6
Mikrozensus (Statistisches Bundesamt)	2013	15+	29,0	20,3	24,5
Deutsche Befragung zum Rauch- verhalten (DEBRA) (Universität Düsseldorf) ⁴	2016/17	14+	32,7	23,8	28,1

Der Mikrozensus ermittelte für das Jahr 2013 einen Anteil aktueller Raucher*innen von 24,5 % der Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren, der angab zu rauchen. Zu etwas höheren Prävalenzen kommt der Epidemiologische Suchtsurvey [ESA] des Instituts für Therapiefor- schung [IFT]⁵, der für das Jahr 2015 einen Anteil der Raucher*innen an der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren von 28,7 % ermittelte (Männer: 31,2 %, Frauen: 26,1 %) (Gomes de Matos, Atzendorf, Kraus & Piontek, 2016). Ganz ähnlich fallen die Ergebnisse der *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* [DEGS1] des

¹ Da im Mittelpunkt der Forschungsarbeit der Tabakkonsum der Erwachsenenbevölkerung steht, finden die Daten zu ju- gendlichem Tabakkonsum an dieser Stelle keine Berücksichtigung. Zum Tabakkonsum Jugendlicher sei die/der interessierte Leser*in auf drei Datenquellen verwiesen: auf a) die Drogenaffinitätsstudie der BZgA, die jährlich Daten zum Substanz- konsum Jugendlicher erhebt, b) die Europäische Befragung „European School Survey on Alcohol and other Drugs“ (ESPAD), in deren Rahmen 15- bis 16-jährige Schüler*innen zu ihrem Substanzkonsum befragt werden, sowie c) die europäische Stu- die „Health behaviour in school-aged children“ (HBSC), die Daten zur Gesundheit und zum gesundheitsrelevanten Verhalten von 11- bis 15-jährigen Schüler*innen erhebt.

² DEGS1-Studie = Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Welle 1)

³ GEDA-Studie = Gesundheit in Deutschland aktuell

⁴ Die „Deutsche Befragung zum Rauchverhalten“ (DEBRA) ist eine vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und For- schung des Landes Nordrhein-Westfalen finanzierte Langzeitstudie, die zweimonatlich je 2.000 Erwachsene zur Nutzung von Tabak und E-Zigaretten befragt. Die Studie wird von Juni 2016 bis November 2019 in Kooperation mit der Universität Maastricht, dem University College London und dem Universitätsklinikum Göttingen durchgeführt (http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/abteilung_fuer_allgemeinmedizin_id304/dateien/Projekte/Projekt_DEBRA_fin.pdf).

⁵ Seit 1980 befragt das Institut für Therapiefor- schung (IFT) im Rahmen regelmäßig wiederholter Querschnittserhebungen (alle drei bis vier Jahre) eine Stichprobe von 9.000 Personen der Erwachsenenbevölkerung zu ihrem Konsum von psycho- aktiven Substanzen.

Robert Koch-Instituts [RKI] aus. Basierend auf Selbstangaben der Befragten (n=7.899) rauchten im Jahr 2011 demnach 29,7% der über 18- bis 79-jährigen Bevölkerung in Deutschland (Männer: 32,6 %, Frauen: 26,9%) (Lampert, von der Lippe & Müters, 2013). In der aktuelleren Erhebung des RKI, der GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) zeigt sich eine Rauchquote von 23,8 % der Erwachsenenbevölkerung und bei den Männern eine gegenüber den Frauen deutlich erhöhte Rauchprävalenz (27,0 % vs. 20,8 %) (Zeiger, Kuntz & Lange, 2017).

Obschon die Vergleichbarkeit der Surveys durch die verschiedenen Studiendesigns eingeschränkt ist, bietet sich dennoch ein relativ homogenes Bild eines rauchenden Bevölkerungsanteils von im Mittel 27 %. Ebenfalls konsistent ist der Befund, dass deutlich mehr Männer als Frauen rauchen.

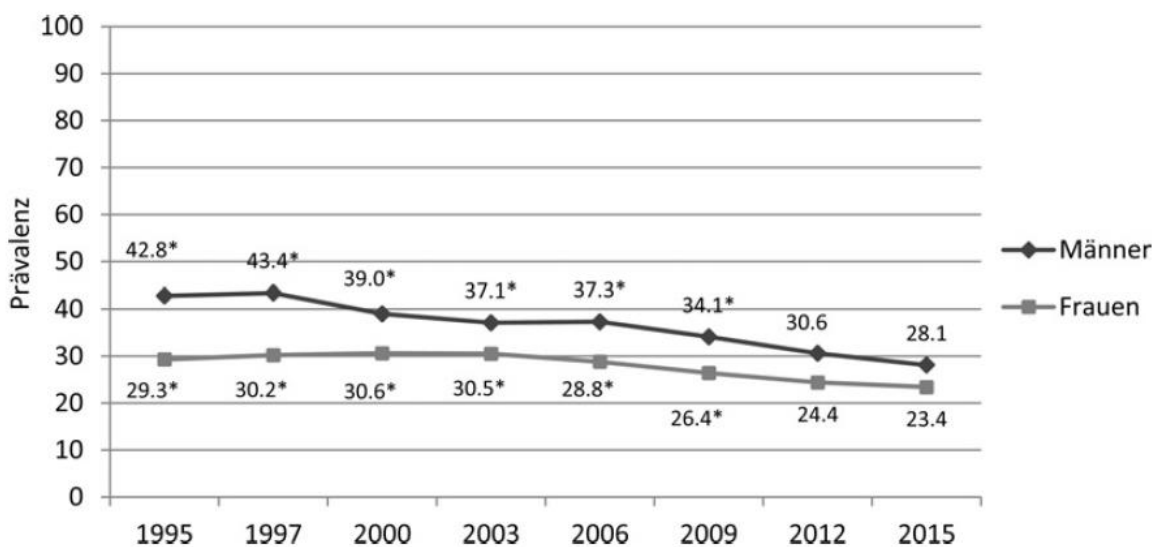


Abbildung 1: 30-Tage-Prävalenz der Erwachsenenbevölkerung, *p < .05 für den Vergleich mit 2015; Datenbasis: ESA (Kraus et al., 2016: 286)⁶

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung, so lässt sich insgesamt ein Absinken des Anteils der Raucher*innen an der Bevölkerung beobachten (s. Abbildung 1). Es zeigen sich jedoch deutliche Geschlechterdifferenzen: Während der Anteil der Raucher seit Beginn der 1990er Jahre von 39,5 % auf 34,4 % gesunken ist, war bei den Frauen zunächst die gegenläufige Entwicklung zu beobachten. So erhöhte sich der Anteil der Raucherinnen von 26,7 % in den Jahren 1990-92 auf 28,4 im Jahr 2012 (Kuntz, Hoebel & Lampert, 2014), um erst im Jahr 2015 auf das Niveau von 20,8 % deutlich abzusinken (Zeiger et al., 2017). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Trendanalyse des ESA. Rauchten 1995 noch 36,1 % der 18- bis 59-Jährigen (42,8 % der Männer und 29,3 % der Frauen), so reduzierte sich der Anteil der Raucherinnen und Raucher an der Bevölkerung auf 28,7 % im Jahr 2015 (31,2 % der

⁶ Die Abweichung der Prävalenzdaten des ESA für das Jahr 2015 in Tabelle 1 kommt dadurch zustande, dass sich die Trendanalyse auf die Daten der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen bezieht.

Männer und 26,1 % der Frauen) (Gomes de Matos et al., 2016). Für die Entwicklung des Rauchens bei den Frauen zeigen die Daten jedoch ein ausgeprägteres Absinken von 29,3 % im Jahr 1995 (Kraus, Pabst, Gomes de Matos & Piontek, 2014) auf 26,1 % im Jahr 2015 (Gomes de Matos et al., 2016). Trotz unterschiedlicher Prävalenzdaten zeigen die verschiedenen Surveys ähnliche Trends: Zum einen sinkt die Rauchquote sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in den letzten zwei Dekaden deutlich ab und zum anderen ist dieser Trend bei den Männern stärker ausgeprägt als bei den Frauen.

Daten zur Passivrauchbelastung liefern sowohl die GEDA-Studie als auch der ESA. Im Jahr waren 11 % der Erwachsenenbevölkerung, die selbst nicht rauchten, regelmäßig in geschlossenen Räumen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt. Nichtraucher Männer waren fast doppelt so häufig betroffen wie Nichtraucher Frauen (15 % vs. 8 %) (Kuntz, Zeiher, Starker, Prütz & Lampert, 2018). Am höchsten ist die Belastung für beide Geschlechter in der Altersgruppe der 18-29-Jährigen; sie nimmt dann insbesondere für die Männer in den höheren Altersgruppen und ab dem 60. Lebensjahr deutlich ab. Bei den Frauen hingegen bleibt sie in den Altersgruppen der 40- bis 69-Jährigen auf einem Niveau von im Mittel 7 % der Nichtraucherinnen und halbiert sich dann erst in der Altersgruppe der über 70-Jährigen (ebd.). Differenziert nach Orten der Passivrauchbelastung im zeitlichen Trend zeigen die Daten des ESA den Effekt des gesetzlichen Nichtraucherschutzes: Während im Jahr 2003 noch 33 % der nichtrauchenden erwerbstätigen Männer und 20 % der Frauen angaben, dass an ihrem Arbeitsplatz täglich geraucht wird, reduzierte sich dieser Anteil im Jahr 2009 deutlich auf 12 % bei den Männern und auf 6 % bei den Frauen (DKFZ, 2015). In ihrer Freizeit, d.h. in Restaurants, Cafés, Kneipen sowie bei Freund*innen und Bekannten von Passivrauch betroffen zu sein berichten aktuell mehr Männer als Frauen (3,5 % vs. 2,2 %), während die Passivrauchbelastung zu Hause für beide Geschlechter annähernd gleich ausfällt (3 % der Nichtraucher, 4 % der Nichtraucherinnen) (Kuntz et al., 2018). Erkenntnisse zur Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen liefern die Daten der *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS) des RKI aus den Jahren 2009 bis 2012. Demnach leben 43 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter bis 17 Jahre mit mindestens einem rauchenden Elternteil zusammen, bei 15,5 % rauchen beide Elternteile. Von gelegentlichem Rauchen in Gegenwart ihrer Kinder berichten 11 % der Eltern. Bei nichtrauchenden Eltern trifft dies nur auf 7 % der Kinder und Jugendlichen zu (Lampert, Kuntz & KiGGS Study Group, 2015). 67 % der Jugendlichen, die selbst nicht rauchen, kommen zumindest gelegentlich mit Tabakrauch in Kontakt, bei 19 % ist dies täglich oder mehrmals wöchentlich der Fall (Kuntz & Lampert, 2016).

2.1.1 ALTERS- UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE KONSUMMUSTER

Die oben angeführten Prävalenzdaten unterscheiden zunächst nicht nach Konsumintensität, da jedoch die Konsummuster stark nach Geschlecht und Alter variieren, sind sie eine differenzierte Betrachtung wert.

Die jüngsten Daten zu den altersspezifischen Rauchprävalenzen verdeutlichen, dass die Häufigkeit des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung zwar insgesamt abgenommen hat, jedoch ein deutlicher Altersgradient vorhanden ist (s. Abbildung 2). In jeder Altersgruppe rauchen Frauen weniger häufig als Männer; der höchste Anteil der Rauchenden findet sich bei den 30-39-jährigen Männern und Frauen. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich Konsummuster und Nikotinabhängigkeit bis zu diesem Lebensalter etabliert haben, Rauchen Teil des Lebensstils geworden ist und der Ausstieg größere Schwierigkeiten bereiten würde. Der Anteil der Raucher*innen nimmt bei beiden Geschlechtern ab dem Alter von 40 Jahren kontinuierlich ab und ist deutlich ausgeprägt in den Altersgruppen der über 60-Jährigen (Kuntz, Zeiher, Starker, Prütz & Lampert, 2018).

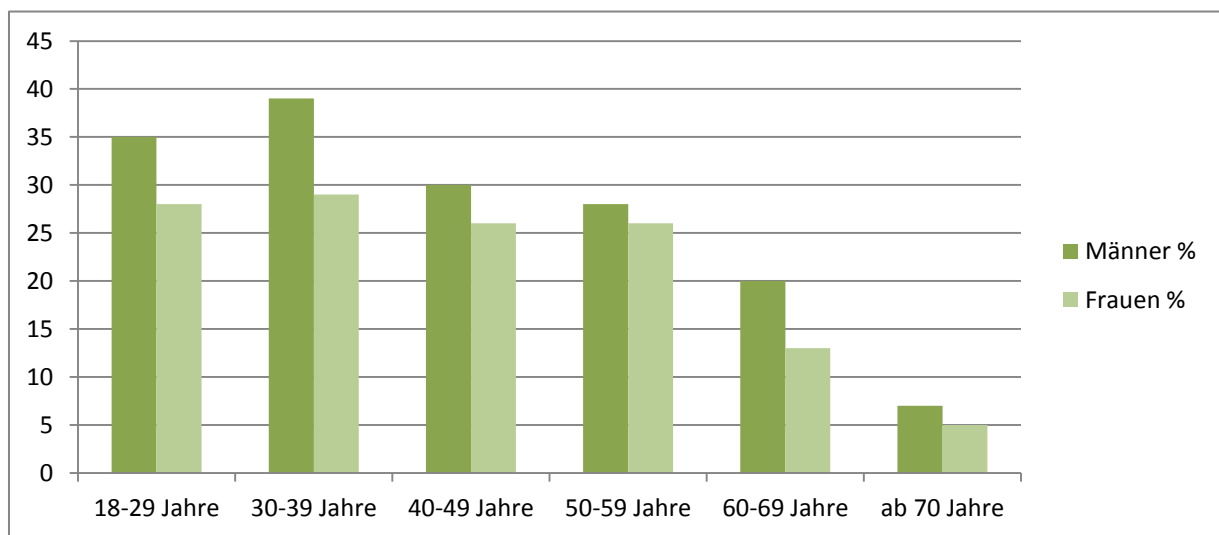


Abbildung 2: Prozentuale Raucher*innenanteile in der Erwachsenenbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht (Datenquelle: GEDA, 2014/2015), eigene Darstellung

Um die Konsumintensität abzubilden, wird in den Surveys nach der Menge der gerauchten Zigaretten gefragt und zwischen Gelegenheitsraucher*innen, d.h. nicht täglicher Konsum, täglichen/regelmäßigen und starken Raucher*innen unterschieden⁷. Die Daten des ESA ermitteln, dass etwa 21,4 % der Raucher*innen täglich 20 oder mehr Zigaretten konsumieren (25,5 % der Raucher, 16,6 % der Raucherinnen) (Gomes de Matos et al., 2017). Starkes Rauchen ist vor allem bei den über 40-59-Jährigen verbreitet. Bei den Männern steigt mit dem Alter der Anteil derjenigen mit hohem Konsum stärker an

⁷ Starke*r Raucher*in ist gemäß der Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation, wer täglich 20 und mehr Zigaretten konsumiert (Latza, Hoffmann, Terschüren, Chang-Claude, Kreuzer, Schaffrath et al., 2005).

als bei den Frauen. Allerdings fällt diese Quote bei den Männern der Altersgruppe 60-64 Jahre deutlich ab, während der Anteil der stark rauchenden Frauen auch im höheren Lebensalter ungefähr gleich hoch bleibt (s. Abbildungen 3 und 4).

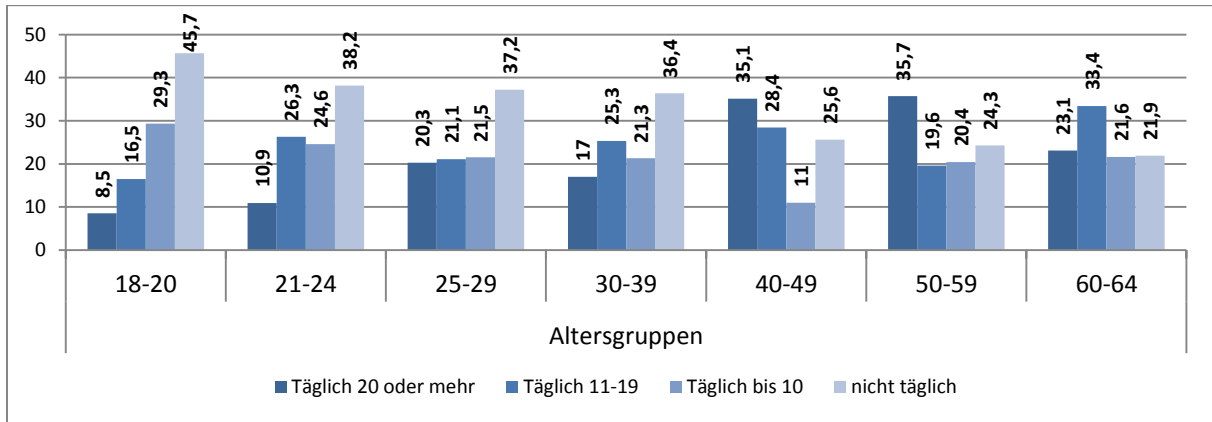


Abbildung 3: Häufigkeit und Menge des Rauchens bei Rauchern der Erwachsenenbevölkerung (Datenquelle: ESA 2015), eigene Darstellung

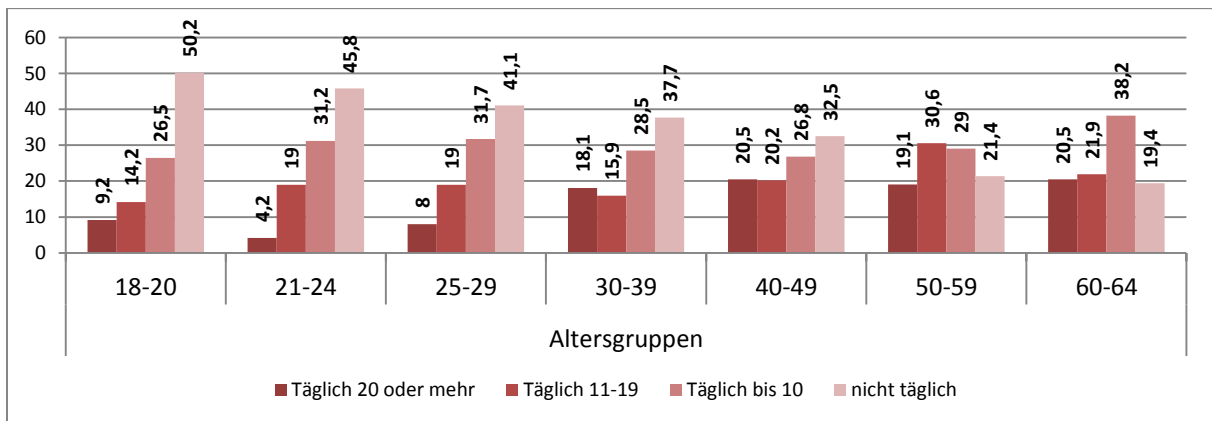


Abbildung 4: Häufigkeit und Menge des Rauchens bei Raucherinnen der Erwachsenenbevölkerung (Datenquelle: ESA 2015), eigene Darstellung

Aufschluss über das Konsumverhalten gibt außerdem die Aufschlüsselung der Altersgruppen nach Raucher*in, Exraucher*in und Niemalsraucher*innen in den verschiedenen Surveys. Insgesamt hat etwa die Hälfte derjenigen, die jemals in ihrem Leben geraucht haben, das Rauchen wieder aufgegeben. Mit dem Lebensalter steigen auch die Ausstiegsquoten. Grund hierfür mag sein, dass mit dem Älterwerden gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten, die dem Tabakkonsum zuzuordnen sind und insgesamt die eigene Gesundheit und Gesunderhaltung einen höheren Stellenwert erhält. Auch im Ausstiegsverhalten lassen sich Geschlechterunterschiede ausmachen. Sowohl die Daten des ESA als auch die GEDA-Daten zeigen bei den Männern in den höheren Altersgruppen ab 45 Jahre höhere Ausstiegsquoten als bei den Frauen (s. Abbildungen 5 und 6). Die höchsten Ausstiegsquoten finden

sich bei beiden Geschlechtern und über alle Altersgruppen hinweg bei den Gelegenheitsraucher*innen (Lampert & Burger, 2005). Ihre Konsummuster sind möglicherweise nicht so verfestigt und der Grad der Abhängigkeit ist so niedrig, dass ihnen der Rauchausstieg eher gelingen kann. Niemals geraucht hat über alle Altersgruppen hinweg die Hälfte der Frauen (52,6 %) gegenüber einem Drittel der Männer (38,0 %), so zeigen die Daten des GEDA 2014/2015. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in den höheren Altersgruppen, während bei den unter 30-Jährigen der Anteil der Nie-rauchenden bei Männern und Frauen fast gleich hoch ist (55,7 % der Frauen, 52,6 % der Männer). Entsprechend ist der Anteil der Ex-Raucher*innen bei den Männern mit 35,0 % deutlich höher als bei den Frauen mit 26,6 % (Zeiger et al., 2017).

Besondere Aufmerksamkeit kommt aufgrund der gesundheitlichen Folgen für das ungeborene Kind dem Rauchen in der Schwangerschaft zu. Seit Mitte der 1990er Jahre ist der Anteil der Schwangeren, die rauchen, zurückgegangen. Dies belegen die Befunde der Perinatalerhebung sowie die KiGGS-Daten. So zeigt der Vergleich der Geburtskohorten 1995-1997 und 2007-2011, dass sich der Anteil der Schwangeren, die täglich rauchen, von 23,5 % auf 11,2 % verringert hat (Scholz, Voigt & Schneider, 2013). Auch die KiGGS-Daten zeigen, dass der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft rauchen, zwischen der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) und der KiGGS Welle 2 (2014-2017) von 19,9 % auf 10,9 % gesunken ist (Kuntz, Zeiger, Starker, Prütz & Lampert, 2018). Die Daten zeigen außerdem, dass die Mütter, die bei der Geburt des Kindes jünger als 25 Jahre waren, rund zwei- bis dreimal so häufig rauchten wie ältere Mütter. Weiter ist ein deutlicher Schichtgradient erkennbar: je höher der sozioökonomische Status, desto geringer der Anteil der Schwangeren, die rauchen (ebd.). Etwa einem Viertel der Raucherinnen gelingt angesichts der Schwangerschaft der Rauchstopp, rund zwei Drittel benötigen hierfür die ersten vier Schwangerschaftsmonate (Hannöver, Thyrian, Ebner, Röske, Grempler, Kühl et al., 2008). Als Risikofaktoren für Tabakkonsum in der Schwangerschaft gelten ein niedriger sozioökonomischer Status, in keiner Partnerschaft zu leben sowie psycho-sozialen Belastungen ausgesetzt zu sein (Schneider, Maul, Freerksen & Pötschke-Langer, 2008).

2.1.2 SOZIALE DETERMINANTEN DES TABAKKONSUMS

Das Gesundheitshandeln wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Neben dem Geschlecht und der kulturellen Zugehörigkeit prägen insbesondere sozioökonomische Faktoren wie Bildung, ökonomische Situation und Berufsstatus den gesundheitsbezogenen Lebensstil. Zahlreiche gesundheitliche Beeinträchtigungen und Risikokonstellationen sind in der Bevölkerung ungleichmäßig verteilt, häufig zu Ungunsten der sozial Benachteiligten. Auch die Prävalenz des Tabakkonsums zeigt einen deutlichen Schichtgradienten, wie die Daten der verschiedenen Gesundheitssurveys zeigen. Insgesamt rauchen Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger als diejenigen mit hohem

Sozialstatus. Das Risiko zu rauchen ist bei Männern und Frauen mit niedrigem Sozialstatus im Verhältnis zu denjenigen mit hohem Sozialstatus um das 2,2-fache bzw. um das 2,4-fache erhöht (Kuntz, Zeiher, Starker & Lampert, 2018). Diese Unterschiede sind lediglich in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen nicht mehr auffällig. Während bei den Frauen der verschiedenen Bildungsgruppen die Unterschiede im Rauchverhalten über die Altersgruppen hinweg ungefähr gleich hoch sind (ca. 13 Prozentpunkte), steigt die Differenz bei den Männern der jüngeren Altersgruppen deutlich an, bis sich die Rauchquote in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre fast verdoppelt hat (37,5 % der unteren gegenüber 19,4 % der oberen Bildungsgruppe) (s. Abbildungen 5 und 6). Analog steigt der Anteil der ehemaligen Raucher bei den Männern über die Altersgruppen kontinuierlich an; die in jüngeren Altersgruppen vorhandenen Differenzen zwischen den Bildungsgruppen gleichen sich in der Altersgruppe ab 45 Jahre an. Anders bei den Frauen: hier fällt der Anstieg des Anteils der Ex-Raucherinnen nicht so hoch aus und verringert sich sogar wieder in der Altersgruppe der über 65-Jährigen. Etwas mehr als die Hälfte aller Frauen und knapp 40 % aller Männer hat niemals geraucht. Aber auch hier zeigt sich ein deutlicher Bildungsgradient: der Anteil derjenigen, die nie geraucht haben, ist bei beiden Geschlechtern über alle Altersgruppen hinweg in der oberen Bildungsgruppe höher als in der unteren. Lediglich in der Altersgruppe der über 65-Jährigen kehrt sich bei Frauen und Männern das Verhältnis um; bei den Frauen deutlicher als bei den Männern. Hier sind möglicherweise Generationeneffekte und gesellschaftliche Bewertungen des Tabakkonsums wirksam. Dass auch die Konsumintensität mit dem Sozialstatus verknüpft ist, zeigen die Daten des GEDA 2012. Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus haben ein gegenüber denjenigen mit hohem Sozialstatus 2,3-fach bzw. 2,6-fach erhöhtes Risiko starke*r Raucher*in zu sein (Kuntz, Zeiher, Hoebel & Lampert, 2016).

Die soziale Schicht wird üblicherweise über die Dimensionen: Bildung, Einkommen und Berufsstatus abgebildet⁸. Die Analyse der Wirkung der einzelnen sozialen Determinanten auf das Rauchverhalten von Lampert (2010) bezieht sich zwar auf ältere Daten verschiedener Gesundheitssurveys⁹, ist aber gleichwohl interessant, denn sie schlüsselt die Rauchquoten nach den Dimensionen Bildung, Einkommen und Berufsstatus nach Geschlecht auf. Mithilfe multivariater Regression kann die Bedeutung der einzelnen Dimensionen für das Rauchverhalten ermittelt werden. Auf diese Weise zeigt sich, dass bei den Frauen vor allem der Faktor Bildung entscheidend für das Rauchverhalten ist, denn die Wahrscheinlichkeit zu rauchen ist bei den Frauen mit niedrigem Bildungsstatus um den Faktor 2 erhöht im

⁸ In den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts wird auf Basis von schulischer und beruflicher Bildung, beruflicher Stellung und Einkommenssituation ein additiver Index des sozioökonomischen Status berechnet. Jedem Merkmal wird hierzu ein Punktwert zugewiesen, der die relative sozioökonomische Lage orientiert an externen Kriterien abbildet. Die Punktwerte aus den Teildimensionen werden dann zu einem Gesamtscore aufsummiert.

⁹ In die Analyse wurden Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 des RKI, des Mikrozensus 2005 und des SOEP 2006 einbezogen.

Vergleich zu Frauen mit hohem Bildungsniveau. Dieser Zusammenhang ist stärker ausgeprägt als bei den Männern. Demgegenüber zeigen Berufsstatus und Einkommen bei den Frauen kaum Unterschiede im Rauchverhalten. Hingegen haben Männer mit niedriger Bildung und niedrigem Berufsstatus eine etwa 1,5-fach erhöhte Chance zu rauchen im Verhältnis zur jeweiligen Referenzgruppe (Lampert, 2010).

Frauen	Raucherinnen (täglich oder gelegentlich)		Ehemalige Raucherinnen		Nieraucherinnen	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	20,8	(19,9–21,7)	26,6	(25,6–27,6)	52,6	(51,4–53,8)
18–29 Jahre	28,4	(26,3–30,7)	15,9	(13,9–18,0)	55,7	(53,0–58,4)
Untere Bildungsgruppe	34,7	(28,6–41,4)	16,7	(12,2–22,6)	48,5	(42,2–54,9)
Mittlere Bildungsgruppe	28,3	(25,5–31,2)	15,7	(13,4–18,3)	56,1	(52,8–59,2)
Obere Bildungsgruppe	19,5	(15,8–23,8)	15,6	(12,2–19,8)	64,9	(59,6–69,8)
30–44 Jahre	26,9	(24,8–29,1)	27,0	(24,9–29,1)	46,1	(43,9–48,4)
Untere Bildungsgruppe	37,0	(30,5–44,0)	24,0	(18,0–31,2)	39,0	(32,4–46,1)
Mittlere Bildungsgruppe	29,8	(27,0–32,8)	27,1	(24,6–29,8)	43,0	(40,2–46,0)
Obere Bildungsgruppe	14,2	(11,9–17,0)	28,5	(25,1–32,1)	57,3	(53,2–61,3)
45–64 Jahre	24,2	(22,8–25,6)	32,4	(30,8–34,0)	43,4	(41,6–45,2)
Untere Bildungsgruppe	29,8	(25,8–34,1)	30,6	(26,8–34,6)	39,7	(35,4–44,0)
Mittlere Bildungsgruppe	25,3	(23,5–27,2)	32,8	(30,8–34,9)	41,8	(39,6–44,1)
Obere Bildungsgruppe	15,1	(13,3–17,2)	32,7	(30,3–35,3)	52,1	(49,4–54,8)
≥65 Jahre	6,8	(5,8–7,9)	24,9	(22,9–27,0)	68,3	(65,9–70,6)
Untere Bildungsgruppe	5,9	(4,6–7,5)	20,1	(17,4–23,0)	74,0	(70,9–76,9)
Mittlere Bildungsgruppe	7,5	(6,1–9,2)	28,3	(25,2–31,5)	64,2	(60,7–67,7)
Obere Bildungsgruppe	5,9	(4,0–8,5)	29,4	(24,7–34,6)	64,7	(59,3–69,8)
Gesamt (Frauen und Männer)	23,8	(23,1–24,6)	30,7	(29,9–31,5)	45,5	(44,6–46,4)

KI = Konfidenzintervall

Abbildung 5: Rauchstatus nach Alter und Bildungsstatus bei Frauen (n=13.108), Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS (Zeiger et al., 2017: 61)

Männer	Raucher (täglich oder gelegentlich)		Ehemalige Raucher		Nieraucher	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	27,0	(25,9–28,1)	35,0	(34,0–36,1)	38,0	(36,9–39,1)
18–29 Jahre	35,1	(32,1–38,3)	12,3	(10,4–14,5)	52,6	(49,4–55,7)
Untere Bildungsgruppe	40,6	(33,7–47,9)	14,8	(10,6–20,2)	44,6	(37,8–51,6)
Mittlere Bildungsgruppe	34,5	(30,8–38,4)	11,8	(9,6–14,5)	53,7	(50,0–57,3)
Obere Bildungsgruppe	27,4	(22,0–33,6)	9,9	(7,0–13,8)	62,7	(56,2–68,7)
30–44 Jahre	35,7	(33,2–38,3)	28,3	(25,9–30,8)	36,0	(33,5–38,6)
Untere Bildungsgruppe	48,1	(40,4–56,0)	23,1	(16,9–30,8)	28,7	(21,9–36,7)
Mittlere Bildungsgruppe	37,6	(34,2–41,1)	31,4	(28,1–35,0)	31,0	(27,7–34,5)
Obere Bildungsgruppe	26,4	(23,2–30,0)	24,8	(21,6–28,4)	48,7	(44,9–52,5)
45–64 Jahre	28,3	(26,7–30,1)	37,8	(36,1–39,6)	33,8	(32,2–35,6)
Untere Bildungsgruppe	37,5	(32,6–42,7)	36,5	(31,0–42,4)	26,0	(21,5–31,0)
Mittlere Bildungsgruppe	31,5	(29,1–34,0)	38,6	(36,0–41,3)	29,9	(27,5–32,5)
Obere Bildungsgruppe	19,4	(17,4–21,6)	36,4	(33,8–39,2)	44,2	(41,4–46,9)
≥65 Jahre	9,2	(8,0–10,4)	55,5	(53,2–57,7)	35,4	(33,3–37,5)
Untere Bildungsgruppe	8,6	(5,9–12,2)	54,2	(48,6–59,7)	37,2	(32,1–42,6)
Mittlere Bildungsgruppe	9,3	(7,6–11,3)	56,5	(53,2–59,7)	34,2	(31,3–37,3)
Obere Bildungsgruppe	9,3	(7,6–11,3)	53,8	(50,4–57,1)	36,9	(33,9–40,0)
Gesamt (Frauen und Männer)	23,8	(23,1–24,6)	30,7	(29,9–31,5)	45,5	(44,6–46,4)

KI = Konfidenzintervall

Abbildung 6: Rauchstatus nach Alter und Bildungsstatus bei Männern (n=10.852) Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS (Zeiger et al., 2017: 62)

Seit einigen Jahren wird zunehmend die Bedeutung der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit thematisiert und untersucht. Arbeitslosigkeit bringt nicht nur finanzielle Einbußen, sie ist mit einer Reihe von psycho-sozialen Belastungen wie vermindertes Selbstwertgefühl, Rückzug aus sozialen Bezügen oder Zukunftssorgen verbunden (Grobe & Schwartz, 2003). Den Zusammenhang von Erwerbsstatus und Tabakkonsum belegen deutlich die Daten des Mikrozensus 2013, des SOEP sowie der GEDA-Studie 2010. Demnach ist die Rauchquote bei den Erwerbslosen deutlich höher und sie sind auch häufiger als starke Raucher*innen einzuordnen als die Vergleichsgruppe der Erwerbstätigen. Nach Berücksichtigung von Altersunterschieden haben kurzzeit- und langzeiterwerbslose Frauen ein jeweils gegenüber der Vergleichsgruppe mit sicherer Beschäftigung 1,7-fach erhöhtes Risiko zu rauchen; bei Männern fällt die Risikoerhöhung um den Faktor 2,3 sowie 2,1 noch deutlicher aus (Kroll & Lampert, 2012).

Eine weitere besonders belastete Gruppe bilden die Alleinerziehenden, von denen 90 % Frauen sind (Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung [WZB] & Das Sozio-oekonomische Panel [SOEP] am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung [DIW] Berlin, 2016). Die alleinige Zuständigkeit und Verantwortung für die Kindererziehung, Haushaltsführung und den Lebensunterhalt sind häufig verbunden mit finanziell schlechter Ausstattung und psycho-sozialen Anforderungen. Diese spezifischen Belastungen können sich negativ auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten Alleinerziehender auswirken (RKI, 2015). Im Vergleich zu den anderen Lebensformen berichtet diese Gruppe die größte gesundheitliche Beschwerdelast (Grobe & Schwartz, 2003). Fast die Hälfte (48,6 %) der alleinerziehenden Frauen und die Hälfte der alleinerziehenden Männer (50,4 %) raucht (Rattay, von der Lippe, Borgmann & Lampert, 2017).

Kulturelle Zugehörigkeit, Geschlechter- und sozillagenbezogene Aspekte prägen gemeinsam das Gesundheitsverhalten. Daten zum kulturellen Hintergrund, die über die Erfassung der Nationalität hinausgehen, werden erst seit einigen Jahren im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung erhoben und ausgewertet. Der Mikrozensus 2013 erhebt Unterschiede im Rauchverhalten der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund¹⁰ und ermittelt bei Männern mit Migrationshintergrund und insbesondere türkischen Männern eine höhere Rauchquote als bei Männern ohne Migrationshintergrund (33 % vs. 28 %). Frauen mit Migrationshintergrund rauchen mit 19,2 % hingegen etwas weniger häufiger als Frauen ohne Migrationshintergrund (20,4 %) (StBA, WZB & SOEP am DIW Berlin, 2016). Berücksichtigt die Auswertung Herkunftsregionen, so zeigt sich, dass insbesondere der geringe

¹⁰ Personen mit Migrationshintergrund sind alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborene Ausländer*innen und alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer*in in Deutschland geborenen Elternteil (Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) & Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) 2016).

Raucherinnenanteil unter Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion das Ergebnis prägt. Bei Frauen aus anderen großen Herkunftsländern sind die Rauchquoten ähnlich hoch wie bei einheimischen Frauen (Lampert, 2010; StBA, 2013). Auch in diesen Daten spiegeln sich kulturell geprägte Geschlechterzuschreibungen wider.

Analog zu den Rauchquoten zeigt auch die Passivrauchbelastung einen Schichtgradienten. So sind Männer und Frauen mit niedrigem sozialen Status deutlich häufiger Tabakrauch ausgesetzt als diejenigen mit hohem Sozialstatus (Frauen: 36 % vs. 22 %; Männer: 41 % vs. 29 %) (DKFZ, 2015).

Zusammenfassend kann von geschlechtstypischem Rauchverhalten gesprochen werden. Männer zeigen einen intensiveren Tabakkonsum als Frauen, die wiederum zu einem größeren Teil Gelegenheitsraucherinnen und Konsumentinnen von bis zu 20 Zigaretten täglich sind. Für beide Geschlechter gilt, dass die höchsten Rauchprävalenzen im mittleren Lebensalter zu finden sind. Danach steigen die Ausstiegsquoten v.a. bei den Männern und den weniger stark Abhängigen. Neben Alter und Geschlecht ist die soziale Schicht eine zentrale Variable für das Rauchverhalten.

2.2 SOZIO-KULTURELLE ASPEKTE DES TABAKKONSUMS

Die epidemiologischen Daten weisen darauf hin, dass das Rauchen eng mit sozialem Status und Geschlecht assoziiert ist. Um diese Zusammenhänge verstehen zu können, soll im Folgenden ein Blick in die Historie des Tabakkonsums und den Wandel seiner gesellschaftlichen Bewertung geworfen werden.

Der Tabak als Genussmittel erreichte im Zuge der Kolonialisierung zu Beginn des 16. Jahrhunderts Europa. Zunächst wurde Tabak in einer Pfeife geraucht, später in Zigarren. Erst ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurden Zigaretten produziert. Die erste Zigarettenmaschine von 1881 in den USA stellte 200 Zigaretten pro Minute her. Damit wurde der Nikotinkonsum erheblich vereinfacht und einer breiteren Masse zugänglich. Zunächst war das Rauchen den Männern der oberen Gesellschaftsschicht vorbehalten. Erst mit Beginn des Ersten Weltkriegs und in den darauffolgenden Jahrzehnten änderte sich das Konsumverhalten. Nun wurde auch in den unteren Schichten v.a. von den Männern geraucht. Das Rauchen von Frauen war (noch) nicht gesellschaftsfähig und insbesondere das Rauchen in der Öffentlichkeit blieb eher Frauen aus Künstler- und Intellektuellenkreisen vorbehalten. Erst in der Nachkriegszeit und im Zuge der Frauenbewegung in den 1960er Jahren wurde das Rauchen der Frauen gesellschaftlich stärker akzeptiert und normalisierte sich. Ausdruck dieses veränderten Frauenbildes sind die steigenden Rauchprävalenzen bzw. Anteile der Jemalsraucherinnen der Geburtsjahrgänge ab ca. 1945 (Lampert & Burger, 2005).

Besonders deutlich werden die sozio-kulturellen Aspekte des Rauchens, wenn die Veränderungen im Rauchverhalten von Frauen und Männern im Wandel der Zeit betrachtet werden. Wilfried von Stünzner analysierte in seiner Kohortenstudie die unterschiedlichen Verläufe im Rauchverhalten der Geburtskohorten von 1916 bis 1960 (Stünzner, 1994). Für den längsschnittlichen Ansatz mit rekonstruierten Kohorten nutzte er die Daten des Basissurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie und konnte so geschlechts- und generationenspezifische Verläufe und Einflussfaktoren auf das Rauchverhalten ermitteln.

Für die Männer der genannten Geburtenjahrgänge konnte von Stünzner vier Phasen herausfiltern, in denen deutliche Veränderungen im Rauchverhalten stattfanden.

- Phase 1 betrifft die Geburtenjahrgänge 1916-1930, die in den 1930er Jahren und während der Zeit des Zweiten Weltkrieges sozialisiert wurden. Für diese Jahrgänge zeigen sich in allen Altersgruppen stark angestiegene Raucherprävalenzen und ein zunehmend früher Raubeginn. Diese Ausprägung des Rauchverhaltens ist in den Altersgruppen von 16 bis 20 Jahren besonders deutlich und war zum großen Teil durch den Ausbruch des Krieges und das Soldatendasein bedingt. Für Soldaten war es Standard zu rauchen, da es half, Hungergefühle zu unterdrücken und die Belastungen des Krieges auszuhalten.
- Phase 2 umfasst die Jahrgänge 1929 bis 1940, deren Sozialisation in der Nachkriegszeit stattfand. Besonders wirksam wurden Engpässe in der Versorgung mit Tabakwaren insgesamt. Für Jugendliche waren Zigaretten kaum noch zugänglich. Auch die Leitbilder veränderten sich. Der Soldat als *rauchender Held* war nicht mehr von Bedeutung und Rauchen wurde zunehmend als Abhängigkeitserkrankung gesehen.
- Phase 3 ist gekennzeichnet von einem Anstieg des Raucherpotentials¹¹ bei den Jahrgängen 1941 bis 1960. Die Zeit des Wirtschaftswunders, die Ende der 1940er Jahre bis zur Ölkrise 1973 reichte, brachte wirtschaftlichen Wohlstand und veränderte Leitbilder mit sich. Die hohe Identifikation mit dem amerikanischen Lebensstil, dem Leitbild des *Siegers*, führte zum stärkeren Konsum amerikanischer Zigaretten und der Tabakkonsum wurde assoziiert mit Freiheit, Lässigkeit und Unabhängigkeit. Das Einstiegsalter in den Tabakkonsum sank in dieser Zeit und schon 15-Jährige begannen zu immer größeren Teilen zu rauchen.
- Zu einer Stagnation des Raucherpotentials kam es in Phase 4, der Zeit der Sozialisation der Jahrgänge 1950 bis 1965. Das Einstiegsalter sank zwar weiter ab, jedoch stieg der Anteil der Ex-Raucher auch in den frühen Jahren.

¹¹ Als Raucherpotential wird derjenige Anteil einer Geburtskohorte bezeichnet, der jemals mit dem Rauchen begonnen hat.

Die Verläufe für die Frauen stellen sich hingegen anders dar und können in drei Phasen beschrieben werden

- In Phase 1 hatten die Frauen der Jahrgänge 1916 bis 1940 ein niedriges Raucherpotential. Die dreißiger Jahre, die Zeit ihrer Sozialisation, waren geprägt vom traditionellen Frauenbild. Rauchen war ein männliches Privileg, assoziiert mit Freiheit, Abenteuer und einem Hauch von Lasterhaftigkeit und daher nicht vereinbar mit einem Frauenbild, das Häuslichkeit, Sittsamkeit und Unterordnung beinhaltet. Mit Beginn des Nazi-Regimes wurde die ablehnende Haltung rauchender Frauen mit dem Leitbild der gesunden Frau und Mutter noch verstärkt. Mit Ausbruch des Krieges waren die Frauen jedoch zunehmend gezwungen, Aufgaben wahrzunehmen, die bis dahin von Männern ausgeführt wurden. Dies führte zu einem veränderten Frauenbild; Frauen übernahmen in dieser Zeit nicht nur männliche Aufgaben, sondern auch männliche Verhaltensweisen wie das Rauchen. So kam es zu einem leichten Anstieg der Raucherpotentiale.
- Einen deutlichen Anstieg der Raucherpotentiale gab es dann für die Jahrgänge 1941 bis 1960. In dieser Phase 2 stiegen die Raucherpotentiale der Frauen fast auf das Niveau der Männer und das Alter, in dem mit dem Rauchen begonnen wurde, sank stark ab. Die Emanzipationsbewegung führte zu einem neuen Frauenbild und zur gesellschaftlichen Akzeptanz des Rauchens bei Frauen.
- Die darauffolgende Phase 3 ist gekennzeichnet von stagnierenden Raucherpotentialen und steigenden Ausstiegsquoten.

Die Analyse von Stünzners verdeutlicht, wie eng Rauchen mit Geschlechterzuschreibungen und -rollen verbunden ist und wie wandelbar diese Rollenerwartungen und damit das gesellschaftlich akzeptierte Handlungsspektrum für die Geschlechter sind. Sie weist auch darauf hin, dass gleiches Verhalten – in diesem Fall Rauchen – unterschiedliche Bedeutung für die Geschlechter haben und damit auch die Motivation zu rauchen geschlechtstypisch ausgeprägt sein kann. Der Zusammenhang von Geschlechtergerechtigkeit und Rauchverhalten ist ebenfalls Gegenstand der Arbeit von Bilal, Beltrán, Fernández, Navas-Acien, Bolumar und Franco (2015). Sie vergleichen den Quotienten aus der Rauchprävalenz der Männer und der Frauen¹² mit dem Ausmaß der Geschlechtergerechtigkeit¹³ in Spanien

¹² Für jedes untersuchte Jahr wurde der Quotient aus Rauchprävalenzen der Männer und der Frauen gebildet (GSR). Ein Wert unter 1 bedeutet eine höhere Rauchprävalenz bei den Männern, ein Wert über 1 hingegen zeigt eine steigende Rauchprävalenz bei den Frauen.

¹³ Als Meßgröße diente der Gender Inequality Index (GII), der drei Dimensionen umfasst: reproduktive Gesundheit (abgebildet durch Müttersterblichkeit und Rate der Frühschwangerschaften, d.h. Alter der Mütter zwischen 15-19 Jahren), Empowerment (abgebildet durch den Anteil der Frauen und Männer mit mindestens Sekundärbildung sowie geschlechterbezogene Sitzverteilung im Parlament) und Arbeitsmarkt (abgebildet durch Beschäftigungsquoten der Erwachsenenbevöl-

in der Zeit von 1960 bis 2010 und kommen zu dem Schluss, dass die Ungleichheit der Geschlechter in der untersuchten Zeit gesunken ist und invers mit einem steigenden Quotienten korreliert. Die Analyse zeigt außerdem bei den Frauen mit höherem Bildungsabschluss im Vergleich zu denjenigen mit niedriger Bildung zu einem früheren Zeitpunkt sinkende Rauchprävalenzen.

Seit etwa den 1970er Jahren werden die gesundheitlichen Folgen und Risiken des Tabakkonsums thematisiert. Die medizinische Kritik am Rauchen beförderte den Wandel der Bewertung des Rauchens vom Genuss- zum Suchtmittel, was wiederum eine Reihe von staatlichen und gesetzlichen Maßnahmen auf den Weg brachte, wie z.B. die Definition abhängigen Rauchens und Aufnahme des Tabakabhängigkeitssyndroms in die Klassifikationssysteme (ICD und DSM; s. Kapitel 3.1). Wie eng die Pathologisierung des Konsums von Substanzen mit sich wandelnden gesellschaftlichen Werten bzw. Bewertungen verbunden ist, zeigt sich ebenfalls bei anderen Substanzen. So verlief die Entwicklung beim Umgang mit Cannasiskonsum umgekehrt zum Tabak vom gesetzlichen Verbot über die begrenzte Legalisierung zum Einsatz in der medizinischen Behandlung.

2.3 GESUNDHEITLICHE FOLGEN DES RAUCHENS: MORBIDITÄT UND MORTALITÄT

Tabak ist die wichtigste Einzelursache für vermeidbare Mortalität und verursacht verschiedene schwerwiegende Krankheiten und Gesundheitsstörungen (USDHHS, 2014).

2.3.1 TABAKONSUMASSOZIIERTE MORBIDITÄT

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Rauchen und schwerwiegenden sowie zum Teil tödlichen Erkrankungen ist nachgewiesen. Das USDHHS (2014) listet insgesamt 21 Krankheiten, die durch die Inhalation von Tabakrauch begünstigt werden. Neben zwölf Arten von Krebs und sechs Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören dazu auch Diabetes-Typ-2, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und die Lungenentzündung. Außerdem hat das Rauchen negative Auswirkungen auf das Immunsystem, den Stoffwechsel, das Skelett, den Zahnhalteapparat, die Augen und die Fruchtbarkeit (ebd.; IARC, 2004). Die WHO geht davon aus, dass weltweit mehr als 30 % aller Krebstodesfälle auf lebensstilbedingte Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum, Übergewicht und Bewegungsmangel zurückgeführt werden können, wobei das Rauchen mit etwa 22 % den größten Anteil hat (WHO, 2018; Stewart & Wild, 2014). Es kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil lebensstilassoziierter Faktoren an den Todesfällen in den westlichen Industrieländern noch höher ist. In Deutschland lassen sich etwa 72.000 Krebsfälle pro Jahr, das sind 16 % der Krebsinzidenz – auf das aktive Rauchen zurückführen (Wienecke, Barnes, Lampert & Kraywinkel, 2014). Lungenkrebs bildet

kerung). Der GII rangiert zwischen 0 und 1; Werte, die stärker gegen Null tendieren, lassen auf geringere Geschlechterungleichheit bzw. höhere Geschlechtergerechtigkeit schließen.

bei den Männern die zweithäufigste und bei den Frauen die dritthäufigste Krebserkrankung (Zentrum für Krebsregisterdaten, Abfrage: 21.7.2018¹⁴) und seine Entstehung ist besonders eng mit Tabakkonsum verknüpft. Bei den Männern sind bis zu 90 % (=31.100 Fälle im Jahr 2014), bei den Frauen mindestens 60 % (11.570 Fälle im Jahr 2014) der Lungenkrebserkrankungen auf das aktive Rauchen zurückzuführen (RKI, 2017). Das Erkrankungsrisiko steigt mit der Intensität des Konsums, d.h. mit der Menge der konsumierten Zigaretten und der Dauer des Konsums. Während bei den Männern seit 1999 über alle Altersgruppen hinweg die Neuerkrankungsrate nur leicht gestiegen ist (1999: 33.072; 2014: 34.559 Fälle), hat sich im gleichen Zeitraum die Anzahl der Neuerkrankungen von 10.910 im Jahr 1999 auf 19.276 Fälle bei den Frauen fast verdoppelt (Zentrum für Krebsregisterdaten, Abfrage: 21.7.2018).

Während der Schwangerschaft kann mütterliches Rauchen negativ auf die Hirn- und Lungenentwicklung des Fetus bis ins Kindesalter hinein wirken und Störungen der Gehirnentwicklung (z.B. Synapsenbildung) verursachen, die die sich auch langfristig negativ auswirken, wie z.B. Hyperaktivität, Ängstlichkeit, gestörte Motorik und Sensorik sowie ein erhöhtes Risiko, selbst abhängig zu werden (DKFZ, 2015; Rasenack & Jähne, 2010). Das Risiko pränatalen mütterlichen Rauchens erhöht außerdem das Risiko einer Plazentalösung, Frühgeburt, eines niedrigen Geburtsgewichts sowie plötzlichen Kindstods (SIDS). Es besteht außerdem eine Assoziation mit Fehl- und Totgeburt (USDHHS, 2004).

2.3.2 TABAKKONSUMASSOZIIERTE MORTALITÄT

Nach Schätzungen der WHO sterben weltweit jährlich mehr als fünf Mio. Menschen zum großen Teil vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums. Halten die gegenwärtigen Trends an, so ist für das Jahr 2030 mit einem Anstieg auf mehr als acht Mio. Todesfälle durch Rauchen zu rechnen (Mathers, 2012). Die Lebenserwartung von Raucher*innen ist im Vergleich zu Niemalsraucher*innen um etwa zehn Jahre verkürzt (Peto, 2014). Im Jahr 2013 starben in Deutschland 121.087 Menschen an den Folgen des Rauchens, was einen Anteil von insgesamt 13,5 % an allen Todesfällen oder jeden siebten Todesfall ausmacht¹⁵ (Mons & Kahnert, 2017). 19,7 % aller Todesfälle können bei den Männern und 7,8 % aller Todesfälle bei den Frauen auf das Rauchen zurückgeführt werden. An erster Stelle der tabakbedingten Todesfälle stehen die Krebserkrankungen (51,9 % bei den Männern, 40,5 %

¹⁴ Das *Zentrum für Krebsregisterdaten* wird vom Robert Koch-Institut betrieben. Unter www.krebsregister.de können in der Datenbank aktuelle Neuerkrankungs- und Sterberaten abgefragt werden.

¹⁵ Die Berechnung der tabakattributablen Mortalität erfolgt auf Basis der Prävalenz der aktuellen und ehemaligen Raucher*innen (Datenbasis: Mikrozensus 2013), der relativen Mortalitätsrisiken von aktuellen und ehemaligen Raucher*innen für Erkrankungen, bei denen durch Tabakkonsum ein erhöhtes Mortalitätsrisiko besteht, sowie der Anzahl der Todesfälle nach ICD-10-Diagnosen (Datenbasis: Todesursachenstatistik 2013). Nachdem das USDHHS nach einer umfassenden Bewertung der Evidenz einen kausalen Zusammenhang zwischen Rauchen und der Entstehung von Darm- und Leberkrebs sowie Typ-2-Diabetes und Tuberkulose als erwiesen sah, wurden diese Erkrankungen in die Berechnung der TAM aufgenommen (USDHHS, 2014).

bei den Frauen) und hierunter mit Abstand am häufigsten die bösartigen Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (30,4 % bei den Männern, 26,7 % bei den Frauen). An zweiter Stelle folgen Herz-Kreislaufkrankungen inklusive Typ-2-Diabetes (28,2 % der Todesfälle bei Männern; 30,8 % der Todesfälle bei den Frauen). Atemwegserkrankungen stehen an dritter Stelle der tabakassoziierten Mortalität [TAM] (18,8 % Männer, 27,5 % der Frauen). Ohne die vier neu hinzugenommenen Todesursachen würde die TAM für das Jahr 2013 113.224 Todesfälle ergeben. Im Vergleich zu 2007 würde dies eine Steigerung der Todesfälle in absoluten Zahlen bedeuten; die TAM-Rate ist gegenüber 2007 jedoch leicht gesunken (2007: 12,9 %, 2013: 12,7 %) (ebd.).

Laut Todesursachenstatistik starben im Jahr 2015 in Deutschland 45.334 Menschen allein an Lungen- und Bronchialkrebs, der als für das Rauchen typische Krebserkrankung gilt (StBA, 2017), und einen Anteil von 20 % an allen Todesfällen aufgrund von bösartigen Neubildungen ausmacht. 29,2 % dieser Sterbefälle erfolgen im erwerbsfähigen Alter, also vor dem 65. Lebensjahr. Die Entwicklungen der Lungenkrebsprävalenzen zeigen seit mehr als zwei Jahrzehnten gegenläufige Trends bei Männern und Frauen. Während die altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsraten bei den Männern zurückgehen, steigen sie bei den Frauen deutlich an. Für Deutschland ist festzustellen, dass absolut gesehen inzwischen vier- bis fünfmal so viele Frauen an Lungenkrebs erkranken und sterben wie vor 40 Jahren (Barnes, 2016). Das Risiko von Frauen und Männern, an den Folgen des Tabakkonsums zu versterben, ist inzwischen fast gleich hoch im Vergleich zu Nieraucher*innen (Thun, Carter, Freskanich, Freedman, Prentice, Lopez et al., 2013), so zeigt der Trend der TAM in den letzten fünf Dekaden in den USA. Auf diese Entwicklung hat bereits Payne (2001) hingewiesen und neben der gestiegenen Rauchquote bei den Frauen auf weitere biologische und soziale Geschlechterunterschiede hingewiesen, welche die steigende Lungenkrebsrate erklären können. Studien zeigen, dass Frauen häufiger als Männer vom kleinzelligem Bronchialkarzinom (*small cell lung cancer*), das besonders schnell wächst, betroffen sind. Auch in der Gruppe, die am nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom (*not small cell lung cancer*), das ca. 85 % aller Lungenkrebsfälle ausmacht, erkrankt, haben Frauen eine gegenüber Männern in dieser Gruppe höhere Wahrscheinlichkeit an einer spezifischen Krebsform, dem Adenokarzinom, zu erkranken. Allein dieses Faktum könnte einen Teil der gestiegenen Mortalität erklären. Weitere Gründe lassen sich jedoch im geschlechtstypischen Rauchverhalten finden. Da Frauen häufiger als Männer leichtere Zigaretten rauchen, ziehen sie häufiger an der Zigarette und inhalieren den Rauch tiefer. Außerdem scheinen sie eher kompensatorisch, d.h. in Stresssituationen und zur Bewältigung negativer Gefühle, zu rauchen, während Männer eher habitualisiert und zur Verstärkung positiver Gefühle rauchen. Die Einflussfaktoren, die in diesem Geschehen eine Rolle spielen können, sind sehr komplex und bisher nur ansatzweise erforscht, so dass die von Payne

berichteten Ergebnisse eine erste Spur darstellen und richtungsweisend für weitere Forschungen sein können.

Zu berücksichtigen ist bei der Betrachtung der Mortalität außerdem, dass es mindestens zehn Jahre dauert, bis sich Veränderungen des Rauchverhaltens in den Mortalitätsraten zeigen (Payne, 2001). So ist die derzeitige TAM auf zurückliegenden und nicht derzeitigen Tabakkonsum zurückzuführen. Diesen Zusammenhang haben Lopez, Collishaw und Piha (1994) mittels einer Analyse internationaler Rauchprävalenzen und Mortalitätsraten in einem Vier-Stadien-Modell zusammengefasst. Das Modell beinhaltet die drei Variablen: Rauchprävalenzen, Konsumintensität, tabakattributable Mortalität. Das erste Stadium bildet den Beginn der Verbreitung des Tabakkonsums in einer Bevölkerung. Zunächst ist die Rauchprävalenz hier gering, bei den Männern < 15 %. Aufgrund der geringen gesellschaftlichen Akzeptanz des Rauchens von Frauen ist sie bei den Frauen noch geringer (bis 10 %). Tabakbedingte Erkrankungen und Mortalität sind noch nicht evident. Am Ende dieses Stadiums steigt die Rauchprävalenz der Männer steil an. Im zweiten Stadium steigt die Rauchprävalenz bei den Männern auf 50-80 % an. Bei den Frauen ist ein Anstieg erst 15 bis 20 Jahre später auf den Höchststand von 35-35 % zu beobachten. Tendenziell ist das Rauchen in den höheren gesellschaftlichen Schichten verbreitet. Am Ende dieser Phase steigt die TAM der Männer auf etwa 10 %, die Lungenkrebsrate der Männer ist um das 10-fache von 5 auf 50 pro 100.000 Einwohner gestiegen. Im dritten Stadium beginnt die Rauchprävalenz der Männer zu sinken, die Zahl der Ex-Raucher steigt. Auch die Rauchquote der Frauen beginnt zu sinken, stagniert dann aber auf einem bestimmten Niveau. Männer und Frauen rauchen nun fast gleich häufig, die Rauchprävalenz der Männer liegt nur noch etwa 5 Prozentpunkte höher als die der Frauen. Die höchsten Prävalenzen von Ex-Raucher*innen und Niemalsraucher*innen finden sich in den höheren Bildungsschichten, da diese am ehesten auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie z.B. Aufklärungskampagnen über Risiken des Tabakkonsums, mit Verhaltensänderungen reagieren. Am charakteristischsten für diese Phase ist der rasante Anstieg der TAM, die sich bei den Männern innerhalb von 30 Jahren fast verdreifacht hat. Die weibliche Mortalität ist demgegenüber noch relativ niedrig (ca. 5 % aller Todesfälle), beginnt jedoch zu steigen. Im Rahmen der Tabakkontrollpolitik werden umfangreiche Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen umgesetzt und es findet ein gesellschaftlicher Wandel in der Bewertung des Rauchens statt. War das Rauchen bisher gesellschaftlich akzeptiert, so sorgt auch eine restriktivere Tabakkontrollpolitik dafür, dass Rauchen stärker geächtet und weniger toleriert wird. Im vierten Stadium gehen die Rauchquoten beider Geschlechter langsam weiter zurück. Die Rauchprävalenz der Frauen würde 20-40 Jahre nach ihrem Höchststand um 10-15 Prozentpunkte auf ca. 30 % abgesunken sein, die der Männer pendelt sich bei 33-35 % ein. Die männliche TAM erreicht ihren Höchststand von 30-35 %; im mittleren Lebensalter sind sogar 40-45 % aller Todesfälle tabakbedingt. Nach ungefähr 10

Jahren würde sie dann auf 30 % absinken. Im Gegensatz dazu würden sich die veränderten Konsummuster bei den Frauen in eine rasch steigende TAM umsetzen, die innerhalb von 20-30 Jahren auf einen Höchststand von 20-25 % ansteigen würde. Anschließend würde die Anzahl der tabakbedingten Todesfälle bei beiden Geschlechtern weiter sinken. Deutschland befände sich demnach derzeit am Übergang zwischen der dritten und vierten Phase. Greaves (2015) merkt allerdings kritisch an, dass sich seit der Entwicklung dieses Phasenmodells viele Faktoren verändert haben und neue Einflüsse hinzugekommen sind, wie z.B. stärkere Globalisierung, Urbanisierung und Migration sowie sich verändernde Geschlechternormen. Unklar ist, wie sich diese Veränderungen tatsächlich auswirken. Es ist jedoch zutreffend, dass die Rauchprävalenzen in Deutschland bei Frauen seit Jahren eher stagnieren und für die Zukunft von einer steigenden TAM der Raucherinnen auszugehen ist.

2.4 GESUNDHEITSÖKONOMISCHE ASPEKTE DES RAUCHENS

Um die Public Health-Relevanz des Themas zu unterstreichen, sollen auch volkswirtschaftliche Aspekte kurz dargestellt werden. Die durch Tabakkonsum verursachte Morbidität und Mortalität ist mit beträchtlichen sozialen Kosten verbunden, die sich in direkte, ressourcenverwendende, und indirekte, ressourcenvernichtende Komponenten aufteilen lassen (Rice, 1966). Je nach Art der Berechnung, d.h. Grad der Berücksichtigung tabakkonsumassoziierter Erkrankungen, variiert die Höhe der durch das Rauchen verursachten Kosten. Berechnungen, die die gesamten jährlichen im Gesundheitssystem entstandenen Krankheitskosten anteilig auf die möglichen Krankheitsursachen aufteilen und nur die schwersten tabakbedingten Erkrankungen erfassen, kommen zu dem Ergebnis, dass jährlich direkte Kosten, d.h. Kosten für die ambulante und stationäre Versorgung, Arzneimittel und Rehabilitation infolge tabakbedingter Erkrankungen, im Umfang von 8,7 Milliarden Euro entstehen. Indirekte Kosten, die Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und Todesfälle berücksichtigen, belaufen sich auf 24,9 Milliarden Euro. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten addieren sich auf 33,6 Milliarden Euro pro Jahr (Adams & Effertz, 2011). Andere Berechnungen, auf die sich auch das DKFZ in seinem Tabakatlas (2015) bezieht, beruhen auf Versichertendaten der Techniker Krankenkasse, die über den Zeitraum 2008 bis 2012 erhoben wurden (Effertz, 2015). Demnach verursacht das Rauchen in Deutschland Kosten in Höhe von 79,09 Milliarden Euro. Hiervon sind etwa ein Drittel (25,41 Mrd. Euro) direkte und zwei Drittel (53,68 Mrd. Euro) indirekte Kosten. Auch die Passivrauchbelastung von Ehepartner*innen ist mit über 1 Mrd. € und von Kindern mit 200 Mio. € an zusätzlichen jährlichen Gesundheitskosten verbunden. Intangible Kosten sind immaterielle Kosten; sie umfassen Einschränkungen der Lebensqualität der Raucher*innen und deren Angehörigen. Da sie schwer mit einem monetären Wert verbunden werden können, werden die intangiblen Kosten meist nicht berücksichtigt. Als Messgröße dient der fiktive Geldbetrag, der einem*r Raucher*in von einem deutschen Gericht zuge-

sprochen würde, wenn die Tabakindustrie für Schmerz und Leid der Konsumierenden haften würde. Nach einer solchen Schätzung summieren sich die fiktiven Schmerzensgelder auf jährlich rund 92 Milliarden Euro (ebd.). Für das Jahr 2003 wurden 1,6 Mio. verlorene Lebensjahre aufgrund von Tabakkonsum ermittelt (Neubauer, Welte, Beiche, Koenig, Buesch & Leidl, 2006).

2.5 ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Kapitel konnte gezeigt werden, dass der Tabakkonsum ein gesamtgesellschaftliches Phänomen ist, das aufgrund der Krankheitslast und der gesundheitsökonomischen Implikationen von hoher Public Health-Relevanz ist. Außerdem wurde deutlich, dass Rauchen als individuelle Verhaltensweise in den gesellschaftlichen Kontext eingebettet ist und erst im Spiegel gesellschaftlicher Bewertungsprozesse und Geschlechterzuschreibungen verständlich wird.

Da es sich um verhaltensbedingte Beeinträchtigungen der Gesundheit handelt, ist der Tabakkonsum der Prävention grundsätzlich gut zugänglich. Die Daten zeigen aber auch, dass die beträchtlichen Bemühungen der Prävention bisher nur bedingt einen positiven Effekt auf die Ausstiegsraten hatten und sich erst in den letzten Jahren abzeichnet, dass vor allem die Einstiegsquoten bei Jugendlichen gesunken sind, was sich positiv auf die Rauchprävalenz insgesamt auswirkt. Im folgenden Kapitel wird es daher um die sozialen und biologischen Aspekte der Tabakabhängigkeit gehen.

3 NEUROBIOLOGISCHE, SOZIALE UND PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DER TABAKABHÄNGIGKEIT

In diesem Kapitel sollen die Einstiegsprozesse in den Tabakkonsum dargestellt und Faktoren, die in diesem Geschehen wirksam sind, näher beleuchtet werden. Der Verlauf des Tabakkonsums ist zwar individuell verschieden, es lassen sich aber Faktoren identifizieren, die das Konsumgeschehen wesentlich beeinflussen. Es handelt sich hier um biologische, soziale und psychische Prozesse, die eng miteinander verzahnt sind. Für den Einstieg in den Tabakkonsum stehen jedoch andere Faktoren im Vordergrund als für die Fortsetzung und Habitualisierung des Rauchens, weshalb diese getrennt voneinander betrachtet werden. Üblicherweise wird zwischen der Einstiegs- bzw. Experimentierphase und der Gewöhnungsphase, die das habitualisierte Rauchen umfasst, unterschieden. Zum besseren Verständnis wird zunächst Tabakabhängigkeit definiert, bevor im darauffolgenden Kapitel auf die Inhaltsstoffe und deren abhängigkeiterzeugende Wirkung eingegangen wird. Anschließend werden der Einstiegsprozess in den Tabakkonsum und die dazugehörigen zentralen sozialwissenschaftlichen Modelle und Theorien zur Ätiologie des Tabakkonsums umrissen (Kapitel 3.3). Wird der Tabakkonsum nicht frühzeitig eingestellt, so wird er nach dem ersten Kontakt mit dem Rauchen, der in der

Regel im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter stattfindet, habitualisiert und in den Lebensstil integriert. Erklärungen für diese Prozesse liefern insbesondere die Verhaltens- und Lerntheorien (Kapitel 3.4).

3.1 DEFINITION DER TABAKABHÄNGIGKEIT

Lange Zeit waren die gesundheitlichen Implikationen des Tabakkonsums nicht bekannt. Erst ab der Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert wurden die vom Rauchen ausgehenden Gesundheitsrisiken thematisiert (Hengartner & Merki, 1996). In zahlreichen Studien wurden die gesundheitsschädliche Wirkung und das abhängigkeiterzeugende Potenzial des Tabakkonsums belegt, was ab Mitte der 1970er Jahre erstmalig in breit angelegte Aufklärungskampagnen zur Reduzierung des Tabakkonsums in der Bevölkerung mündete. Rauchen wurde fortan zunehmend problematisiert und inzwischen ist unstrittig, dass fortgesetzter Tabakkonsum schließlich zur Abhängigkeit führt (Schmidt-Semisch, 2005). Tabakabhängigkeit¹⁶ wird inzwischen als *Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen* mit den zugehörigen Diagnosekriterien in beiden relevanten diagnostischen Klassifikationssystemen – der Internationalen Klassifikation von Krankheiten der WHO (ICD, 10. Revision) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual der American Psychiatric Association (DSM-5) – aufgeführt. Die Einführung des DSM-5 im Jahr 2013 brachte die Aufhebung der Differenzierung zwischen Mißbrauch (*Substance Abuse*) und Abhängigkeit (*Substance Dependence*) mit sich; an ihre Stelle trat die einheitliche Diagnosekategorie *Substanzgebrauchsstörung (Substance Use Disorder)*. Mithilfe verschiedener Ausprägungsgrade von *moderat* bis *schwer* wird die Diagnosekategorie dimensionalisiert. Damit wurde der schwierigen Differenzierung zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit¹⁷ aufgrund mangelnder empirischer Überprüfbarkeit und Validität beider Kategorien (Rumpf & Kiefer, 2011) sowie dem prozessualen Charakter problematischen Substanzkonsums Rechnung getragen. Diese Neuerung löste aber auch kontroverse Diskussionen aus. Die bisherige Kategorie *Mißbräuchlicher Konsum* bildete stärker die psycho-sozialen Aspekte des Substanzkonsums – die häufig den Kontext für die Entstehung des abhängigen Konsums darstellen – ab, während die *Abhängigkeit* sich eher auf die physischen Prozesse bezog. Der Wegfall bzw. das Aufgehen der psycho-sozialen Aspekte und ihre Vermengung mit körperlichen Dimensionen könnte bewirken, dass der Suchtdiskurs stärker medizinisch und neurobiologisch geführt wird (Friesel-Wark, 2015). Dies würde die im Vergleich zum

¹⁶ Im Unterschied zur Nikotinabhängigkeit wird bei der Tabakabhängigkeit davon ausgegangen, dass das Nikotin nicht die alleinige Abhängigkeit auslösende Substanz im Tabak ist und das abhängige Rauchen außerdem ein komplexes Zusammenspiel biologischer und psychologischer Faktoren ist (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2016).

¹⁷ Im vorherigen Konzept wurde das Abhängigkeitssyndrom als Verhaltensmuster mit eingeschränkter oder fehlender Kontrolle beschrieben. Die (negativen) Folgen des Konsums wurden hiervon abgegrenzt und als Mißbrauch kategorisiert. Es handelte sich um ein hierarchisches Konzept, d.h. die Diagnose Mißbrauch wurde nicht gestellt, wenn eine Abhängigkeit diagnostiziert wurde (Rumpf & Kiefer, 2011).

englischsprachigen Raum bereits bestehende Dominanz neurobiologischer Suchtforschung in Deutschland und einen insgesamt unzureichenden sozialwissenschaftlichen Suchtdiskurs (Dollinger & Schmidt-Semisch, 2007) verstärken. Obwohl das Verständnis der Substanzgebrauchsstörung auf ein multifaktorielles Bedingungsgefüge rekurriert, in dem Person, Umwelt und Substanz interagieren, wird Geschlecht als ein Merkmal von Personen nicht systematisch mitbetrachtet (Friesel-Wark, 2015).

Zur Definition der Tabakabhängigkeit werden sechs Kriterien formuliert, von denen drei oder mehr gleichzeitig irgendwann während des letzten Jahres vorhanden gewesen sein müssen (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2016):

1. Starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Reduktion oder Beendigung des Konsums oder Konsum, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung: um eine gleichbleibende Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Konsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der*die Konsument*in sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Die Diagnostik der Tabakabhängigkeit im Unterschied zum schädlichen Gebrauch von Tabak (F17.1) nach ICD-10 erfolgt in der Regel mit dem international gebräuchlichen *Fagerström-Test for Nicotine Dependence* (FTND) (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF] 2015; Bleich, Havemann-Reinecke & Kornhuber, 2002). Der Selbstbeurteilungstest erfasst mit sechs Fragen wichtige Dimensionen der Tabakabhängigkeit¹⁸ (vgl. 8.1.5).

Die Tabakabhängigkeit hat sowohl eine psychische wie auch eine physische Dimension (s. Abbildung 7). Sie entwickelt sich auf physischer Ebene als neurobiologische Anpassung an eine chronische Nikotinexposition in Kombination mit Konditionierungsprozessen auf psychischer Ebene.

¹⁸ Die verschiedenen Instrumente zur Messung des Grads der Tabakabhängigkeit, ihre Validität und Vergleichbarkeit sowie methodische Schwierigkeiten werden an dieser Stelle nicht weiter vertieft. Die Leitlinie der AWMF (2015) diskutiert diese Fragen ausführlich und kommt zu dem Schluss, dass der Fagerströmtest trotz vorhandener Forschungslücken das weltweit am besten bewährte und untersuchte Instrument ist.

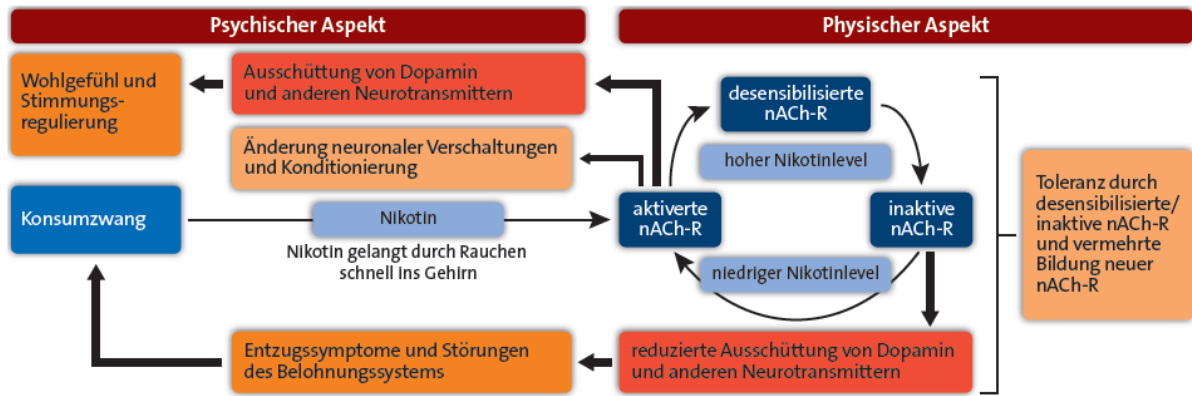


Abbildung 7: Psychischer und physischer Aspekt der Nikotinabhängigkeit (nACh-R: nikotinerge Acetylcholin-Rezeptoren) (Quelle: DKFZ, 2015: 32)

Die Ausführungen zeigen, dass es keine einheitliche Definition der Abhängigkeit von Tabakprodukten gibt und die Einordnung von Tabakkonsum im kulturellen und gesellschaftlichen Kontext stattfindet. Vielmehr sind Abhängigkeiten variable Phänomene, die schlecht einheitlich definiert werden können bzw. für die eine ganze Reihe von verschiedenen Definitionen und Definitionsversuchen vorliegen (Dollinger & Schmidt-Semisch, 2007). Uchtenhagen (2000) kritisiert die medizinisch-psychiatrich-naturwissenschaftliche Perspektive auf Substanzkonsum und merkt an, dass kein einheitliches Abhängigkeitssyndrom vorliegt, da die Kriterien zur Definition sich auf ganz unterschiedliche Bereiche beziehen (körperlich, psychisch, verhaltensbezogen und sozial) und keines der Kriterien immer zutrifft, d.h. einzelne Kriterien kommen bei bestimmten Substanzen nicht oder nur selten vor. Gemeinsam ist nur das starke Verlangen, die Substanz einzunehmen (Craving). Gleichzeitig, so Uchtenhagen weiter, gibt es Zustandsbilder, für welche einzelne Kriterien zutreffen, ohne dass deshalb von Abhängigkeit gesprochen wird. Insofern sollte von einem *Spektrum von Abhängigkeitssyndromen* gesprochen werden.

3.2 INHALTSSTOFFE UND NEUROPHYSIOLOGISCHE WIRKUNG VON TABAKERZEUGNISSEN

Die ursprünglich in Mittel- und Südamerika heimische Tabakpflanze wurde ab dem Ende des 16. Jahrhunderts in Europa zunächst geschnupft oder in Pfeifen geraucht. Später wurde Tabak auch gekaut oder als Zigarre geraucht. Die Erfindung der Zigarettenrollmaschine im Jahr 1881 ermöglichte die Massenproduktion von Zigaretten, deren Konsum damit erheblich anstieg. In Deutschland haben Fabrikzigaretten heute mit 64 % den größten Anteil am Gesamttabakabsatz. An zweiter Stelle steht der Feinschnitt zur Produktion selbstgedrehter Zigaretten (31 % des Tabakabsatzes) (DKFZ, 2015). Tabakrauch entsteht durch das Abbrennen der Zigarette (Nebenstromrauch) und durch das Ziehen an der Zigarette (Hauptstromrauch). Bei Temperaturen von 500 bis 900 Grad Celsius in der Glutzone von Zigaretten verbrennen Tabak, Zusatzstoffe und Zigarettenpapier. Tabakrauch enthält mehr als

5.300 Substanzen, die teils gasförmig und teils an Tabakrauchpartikel gebunden vorliegen. Nach dem Einatmen lösen sich die Partikel im Oberflächenfilm der Lungenbläschen auf und ihr Inhalt wird von den Lungenzellen aufgenommen (USDHHS, 2014). Die Bewertung kanzerogener Risiken verschiedener Stoffe wird durch die *International Agency for Research on Cancer* [IARC] der WHO vorgenommen; in Deutschland werden Chemikalien durch die *Ständige Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe* (sog. MAK-Kommission) der Deutschen Forschungsgemeinschaft [DFG] regelmäßig auf ihre krebserzeugende Wirkung untersucht und in entsprechende Kategorien eingestuft. Bisher wurden 69 Bestandteile des Tabakrauchs von der IARC und der DFG als krebserzeugend oder im Verdacht stehend, Krebs zu erzeugen, eingestuft. Bestandteile des Tabakrauchs sind – neben Nikotin – Kohlenwasserstoffe, Phenole, Benzole, Sterine, Nitrosamine und verschiedene Schwermetalle wie Cadmium, Blei, Nickel. Die Gasphase enthält neben gesundheitlich nicht bedenklichen Stoffen wie Stickstoff, Sauerstoff und Kohlendioxid (zu 95 %) auch Gifte wie Kohlenmonoxid, Blausäure, Stickoxid, Ammoniak und Formaldehyd (USDHHS, 2014; USDHHS, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion & Office on Smoking and Health, 2010)¹⁹. Bei der Herstellung von Tabakprodukten werden außerdem Zusatzstoffe eingesetzt wie z.B. Nitratdünger und Pestizide, die in der Anbauphase den Ernteertrag verbessern sollen. Diese werden dem Rohtabak, der Papierhülle und den Filtern zugefügt. Laut Tabakverordnung ist die Zugabe von bis zu 600 Zusatzstoffen bei der Aufbereitung des Tabaks zum fertigen Produkt zugelassen. Neben Aromastoffen handelt es sich hierbei um Feuchthaltemittel, Klebe, Haft- und Verdickungsmittel für den Tabak sowie Farbstoffe, Weichmacher und Klebstoffe für den Zigarettenfilter und das Papier. Problematisch ist u.a., dass sich die in Lebensmitteln unbedenklichen Substanzen wie Menthol, Zucker, Lakritze und Kakao bei den hohen Temperaturen der Verbrennung teilweise in gesundheitsgefährdende Substanzen umwandeln. Dabei können krebserzeugende Verbrennungsprodukte sowie Kohlendioxid, Stickstoffoxide und Schwefeldioxid entstehen (DKFZ, 2015; IARC, 2004). Der für den Tabakkonsum entscheidende Inhaltsstoff ist das Nikotin, das Hauptalkaloid der Tabakpflanze. Es wird beim Zigarettenrauchen über die Lunge in den Blutkreislauf aufgenommen, erreicht innerhalb weniger Sekunden nach der Inhalation das Gehirn und wird in der Leber mit einer Halbwertszeit von bis zu zwei Stunden abgebaut (USDHHS, 2014). Mit jeder Zigarette gelangen etwa 0,5 bis 1,5 Milligramm Nikotin ins Blut und aktivieren nikotinerge Acetylcholin-Rezeptoren. Diese befinden sich auf Zellen des Nervensystems, auf Muskel-, Nieren-, Haut-, Lungen- und Immunzellen sowie auf

¹⁹ Die Inhaltsstoffe können je nach Zigarettenart (mit Filter oder ohne) und Marke erheblich differieren, so zeigen die Analysen von USDHHS (2010, 2014) und IARC (2004). Da diese Unterschiede in dieser Arbeit nicht von Belang sind, werden sie nicht weiter ausgeführt.

Zellen der Lymph- und Blutgefäße. In anderen Zellen beeinflusst das Nikotin die Differenzierung, Ver-
vielfältigung, das Überleben und die Wanderung der Zellen (DKFZ, 2015).

Wie jede psychotrope Substanz wirkt Nikotin auf die Körper- und Gehirnfunktionen und stimuliert die
Ausschüttung der meisten Neurotransmitter. Die Ausschüttung von Botenstoffen und Hormonen löst
zahlreiche körperliche Prozesse aus; deren Intensität variiert je nach Dosis und Konstitution des*r
Raucher*in (USDHSS, 2014). Hierzu gehören:

- Aktivierung des sympathischen Nervensystems
- Zunahme der Herzfrequenz
- Anstieg des Blutdrucks
- Abnahme des Hautwiderstandes
- Absinken der Hauttemperatur
- Aktivierung der Darmtätigkeit
- Förderung der Blutgerinnung und Stimulierung der Atmung
- Vermehrter Abbau von Fett und Glykogen und so Unterdrückung des Hungergefühls
- Dämpfung von Emotionen und Steigerung des Konzentrationsvermögens sowie der Aufmerk-
samerkeits- und Gedächtnisleistung durch die erregende Wirkung des Nikotins auf das zentrale
Nervensystem
- Ausschüttung verschiedener Neurotransmitter wie Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Adre-
nalin und Beta-Endorphin, die stimmungsaufhellend, beruhigend und angstlösend wirken
sowie den Appetit zügeln.

Für die Entwicklung der Abhängigkeit von Tabakprodukten ist das Nikotin die hauptverantwortliche
chemische Komponente. Das Risiko der Nikotinabhängigkeit hängt von der aufgenommenen Dosis,
der Konsumintensität, der Art der Aufnahme sowie der Zusammensetzung des Tabakprodukts ab.
Zentral für die Entwicklung der Abhängigkeit scheint die Wirkung des Nikotins auf das dopaminerge
System zu sein. Grund hierfür ist, dass das Nikotin an die dopaminergen Rezeptoren bindet und de-
ren Aktivität erhöht. Das Ansteigen des Dopaminspiegels im Gehirn hat wiederum eine belohnende
oder motivierende Wirkung (USDHSS, 2014). Neben dem Belohnungszentrum stimuliert das Nikotin
außerdem den präfrontalen Kortex, d.h. den Hirnbereich, welcher für Lernen und Gedächtnisbildung
zuständig ist. Die Folge ist, dass die Konditionierung des Tabakkonsums, also die Verbindung von
Rauchen mit bestimmten Situationen, Wahrnehmungen und Zuständen (bspw. Zigarette zum Kaffee,
nach dem Essen, mit Alkohol, bei Stress und negativer Stimmung) unterstützt wird (DKFZ, 2015).
Darüber hinaus bilden sich mit zunehmendem Konsum mehr Rezeptoren, was dazu führt, dass die
Dosis, die benötigt wird, um die geschilderten Effekte zu erreichen, stets erhöht werden muss.

3.3 EINSTIEGSPHASE UND EXPERIMENTIERPHASE IM JUGENDALTER

Warum überhaupt mit dem Rauchen begonnen wird, war in den vergangenen Jahrzehnten Gegenstand zahlreicher Studien und theoretischer Überlegungen v.a. in der Psychologie, Sozialisationsforschung und Soziologie. Während die Psychologie in diesem Zusammenhang eher die individuellen, innerpsychischen Vorgänge untersucht, richtet sich das Interesse der Soziologie auf die für die Entwicklung von Tabakkonsumverhalten relevanten Bedingungen des sozialen Umfelds. Gleichwohl sind die Erklärungsansätze nicht immer trennscharf und zeigen Überschneidungen miteinander.

Rauchen ist ein für Jugendliche typisches Verhalten, d.h. der erste Kontakt mit dem Rauchen fällt meist in die Phase der Adoleszenz²⁰, daher leistet vor allem die Sozialisationsforschung Beiträge zum Verständnis des Einstiegs in das Rauchen und integriert als interdisziplinäre Wissenschaft Perspektiven z.B. aus der Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Geschlechterforschung und Gesundheitswissenschaften. Erklärungsansätze liefern vor allem Lerntheorien und kognitive Modelle.

Lerntheoretische Modelle ermöglichen, Rauchen als sozial erlerntes Verhalten und die begleitenden Lebensumstände und persönlichen Variablen als gestaltende Faktoren dieses Lernprozesses zu verstehen (Lesch & Walter, 2009). Dieser Ansatz hatte zu Beginn der 1970er Jahre starken Einfluss auf die Erforschung des Rauchverhaltens (Stünzner, 1994). Ausgangspunkt dieser Perspektive sind die Theorie des sozialen Lernens von Albert Bandura (1969) und der Begriff des Modelllernens. Quelle des Lernens ist demnach die soziale Umgebung und ihre wichtigsten Einflussgrößen sind das Rauchverhalten von Eltern, Geschwistern und Verwandten sowie von Peergroups und gewählten Vorbildern (Stäcker & Bartmann, 1974). Es konnte gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit des Tabakkonsums steigt, wenn beide Eltern rauchen, wobei die stärkste Determination vom gleichgeschlechtlichen Elternteil ausgeht. Familiäre Faktoren können also sowohl als Schutz- wie auch als Risikofaktoren wirken (Hoch & Kröger, 2011). Unbestritten ist außerdem der starke Einfluss der Peergroup auf das Verhalten von Jugendlichen. Als auslösende Faktoren für den Tabakkonsum wirken Neugierde, sozialer Druck (Ferstl, 2005) sowie der Wunsch nach Anerkennung und Zugehörigkeit. Nach Stäcker und Bartmanns Analyse (1974) konkurrieren die korrelativen Beziehungen des Tabakkonsums der Gleichaltrigen mit den statistischen Belegen über den Zusammenhang mit den Elternrauchgewohnheiten. Auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der unterschiedlichen Bedeutung von Peergroup und Elternhaus mit dem Geschlecht weisen Einzelstudien hin, welche zeigen, dass männliche Studierende sich in ihrem Verhalten stärker an der Peergroup als am Elternhaus orientierten, wäh-

²⁰ Die vulnerable Phase für den Beginn des Rauchens liegt zwischen 11 und 17 Jahren (Zeiger, Lange, Starker, Lampert & Kuntz, 2018). Da Rauchen im Jugendalter nicht Schwerpunkt dieser Arbeit ist, wird auf weitere Ausführungen verzichtet. Eine Fülle von Daten und Erkenntnissen zum Einstieg ins Rauchen findet sich beim Robert Koch-Institut (bspw. KiGGS-Studie) und bei der BZgA (Drogenaffinitätsstudie).

rend für weibliche Studierende eher das elterliche Verhalten ausschlaggebend war. Eine weitere Prägung des Verhaltens erfolgt durch Vorbilder. Die Wahrscheinlichkeit zu rauchen ist entsprechend dann höher, wenn die selbst gewählten Idole rauchen. Je positiver die Beziehung zu den Modellen erlebt wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das eigene Verhalten an diesen ausgerichtet wird.

Das Lernen am Modell erfolgt in den drei Phasen: Beobachtung, Nachahmung des modellhaften Verhaltens und schließlich Identifikation mit diesem Verhalten (Troschke, Wetterer & Helfferich, 1987). Bei der Aufrechterhaltung und Habitualisierung des Tabakkonsums wirken dann klassische Konditionierungsprozesse mit positiven und negativen Verstärkermechanismen sowie operantes Lernen.

Beide Ansätze gehen davon aus, dass Verhalten von den Erfahrungen und seinen Konsequenzen beeinflusst wird. Werden also mit einer bestimmten Verhaltensweise positive Erfahrungen gemacht, so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass dieses Verhalten wiederholt wird. Der Substanzgebrauch wirkt in dem Sinne als negativer Verstärker, als er Entzugserscheinungen beendet und die Reduktion von Spannungen, Hemmungen, Minderwertigkeitsgefühlen, aber auch Langeweile oder Angst bewirken kann (Ferstl, 2005). Positiv verstärkt wird der Konsum durch positiv erlebte Gefühle wie Unabhängigkeit, Freiheit, Wunscherfüllung und Anerkennung in der Gruppe (Stünzner, 1994). Die Stimuli der Umwelt und persönliche Stimuli bewirken das Konsumverhalten, und die positiv erlebte Wirkung des Tabakkonsums selbst ist wiederum ein positiver Verstärker für die Fortsetzung des Verhaltens (Lesch & Walter, 2009). Neben der wahrgenommenen psychophysiologischen Wirkung werden bestimmte Erwartungen an den Tabakkonsum geknüpft, welche verhaltensverstärkend wirken (Stünzner, 1994).

Die psychologischen Erklärungsansätze des Behaviorismus beziehen sich im Wesentlichen auf Konditionierungsprozesse, bei denen Reiz-Reaktionsmuster erlernt werden, welche Rauchen mit bestimmten positiven Situationen und inneren psychischen Zuständen verbinden. Dabei wird zwischen klassischer und operanter Konditionierung unterschieden. Während klassische Konditionierung ein durch einen bestimmten Reiz ausgelöstes Verhalten definiert, wird unter operanter Konditionierung ein zunächst spontanes Verhalten verstanden, welches mit einer wahrgenommenen Konsequenz verknüpft und so zielgerichtet wird (Winkelmann, Petermann & Petermann, 2006). Dies bedeutet in Bezug auf den Tabakkonsum, dass das Rauchverhalten durch positive und negative Verstärkung geprägt und aufrechterhalten wird (s. Abbildung 8).

Hat der Tabakkonsum also subjektiv befriedigende Konsequenzen wie Wohlbefinden, Entspannung, Verbesserung der sozialen Kontakte etc., so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit des erneuten Konsums (Hoch & Kröger, 2011). Ebenso wirkt der Effekt, dass unangenehme affektive Zustände wie Lan-

geweile, Reizbarkeit, Ängste, depressive Verstimmungen, Hungergefühle und Entzugserscheinungen durch den Konsum von Tabak vermieden oder beseitigt werden können, konsumverstärkend.

Die Theorie des sozialen Lernens berücksichtigt die Bedeutung des sozialen Umfelds für das Rauchverhalten. Damit werden der Einstieg in den Tabakkonsum und die Habitualisierung des Konsums verständlich. Das Modell berücksichtigt psychosoziale Bedingungen der personalen Umwelt und ist hauptsächlich zur Erklärung des Einstiegsverhaltens Jugendlicher geeignet. Soziale Einflüsse wie soziale und kulturelle Normen und Werte bleiben demgegenüber weitgehend unberücksichtigt, so dass bspw. Unterschiede im Rauchverhalten verschiedener Generationen oder kultureller Zusammenhänge nicht erklärt werden können (Stünzner, 1994).

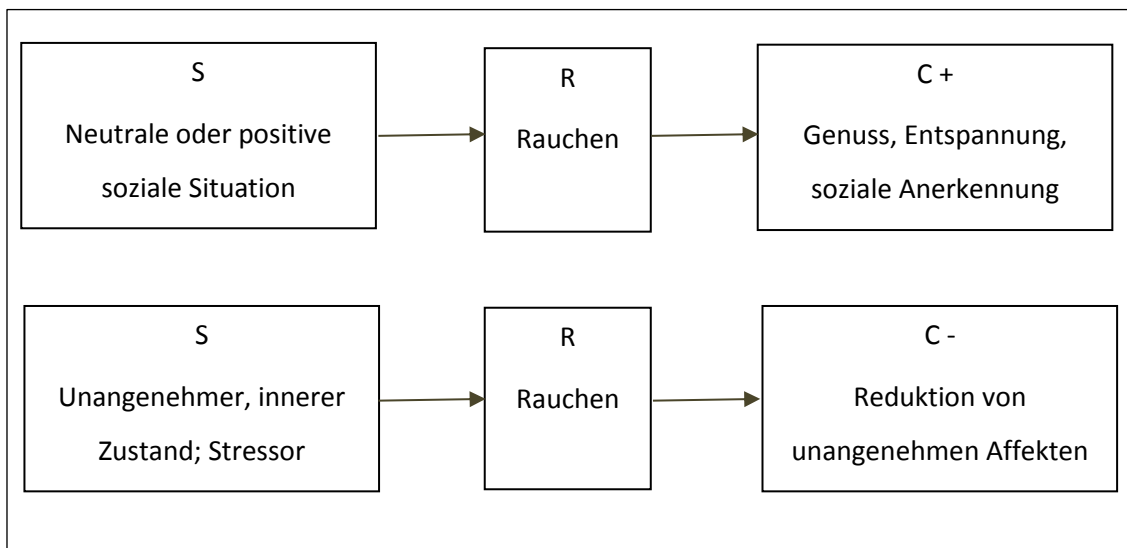


Abbildung 8: Reiz-Reaktions-Modell (Winkelmann, Petermann & Petermann, 2006), eigene Darstellung

Dür, Aichholzer und Friedhuber (2003) beschreiben als Ergebnis der EU-Studie *Gender and Tobacco* sechs Stufen der Entwicklung vom* von der Nichtraucher*in zum*r echten Raucher*in:

1. Wirkung beobachten: Kinder bzw. Jugendliche beobachten Personen, die rauchen und Situationen, in denen geraucht wird, sowie die Wirkung, die der Tabakkonsum hat. Diese Phase ist insofern geschlechtsbezogen als Mädchen eher Frauen beobachten und sich in der Regel an deren Rauchverhalten orientieren und für Jungen eher Männer als Rollenvorbilder dienen.
2. Probieren: Jugendliche probieren die erste Zigarette aus Neugier und um die beobachtete Wirkung bei sich selbst auszulösen. Dieses erste Ausprobieren erfolgt häufig mit einer (sehr) guten Freundin bzw. Freund in einer heimlichen Situation. Meist treten statt der erwarteten Wirkung jedoch negative körperliche Reaktionen auf (Husten, Übelkeit, Schwindel).

3. Erneutes Probieren: Die negativen Reaktionen zeigen den Jugendlichen, dass Rauchen erlernt und geübt werden muss, damit die erwartete Wirkung eintritt. Sie suchen die Nähe von Raucher*innen, um das Rauchen zu lernen und *richtig* zu rauchen.
4. Problemrauchen: Die Wirkung der Substanz lernen die Jugendlichen erst im Kontext von Problemen (Stress, Unsicherheit) bzw. negativen Gefühlslagen kennen. Dadurch entwickeln sich Konsumgewohnheiten, die der Bewältigung von unangenehmen Situationen und Gefühlen dienen.
5. Genussrauchen: Das Rauchen wird auch auf andere Lebenssituationen übertragen und zu einem Ausdruck eines bestimmten Lebensgefühls und -stils.
6. Gewahrwerden der Abhängigkeit: Auch nach relativ kurzer Zeit des Tabakkonsums kann es dazu kommen, dass die Jugendlichen Entzugserscheinungen erleben, wenn keine Zigaretten verfügbar sind.

Initiales Rauchen im Jugendalter geht also vor allem auf positive soziale Effekte zurück, die auch als sekundäre Effekte des Rauchens bezeichnet werden (Torchalla, Schröter & Batra, 2013). Die Ausprobierphase ist ähnlich wie die Aufnahme von anderen Risikoverhaltensweisen (Alkohol-, Cannabis-konsum etc.) kein stabiles Verhalten, sondern reversibel. Schwarzer (2004) führt Rauchen im Jugendalter auf drei Hauptfunktionen zurück: (1) einen alterstypischen Lebensstil zu demonstrieren, (2) eine Entwicklungsaufgabe zu bewältigen und Verhaltensweisen Erwachsener zu imitieren und (3) entwicklungsbedingte Stresssituationen besser bewältigen zu können. Die aversiven Reaktionen auf Tabakrauch wie Übelkeit, Kopfschmerzen etc. werden zugunsten der positiven sozialen Effekte entweder überwunden (Rauchen *erlernen*) oder sie führen dazu, dass das Rauchen nicht fortgesetzt wird.

3.4 GEWÖHNUNGSPHASE UND ABHÄNGIGKEIT

Die Motive für das Rauchen ändern sich im Laufe des Konsums. Die zunächst wichtigen sozialen Aspekte und der Konformitätsdruck der Einstiegsphase weichen Faktoren, die den physiologischen und psychischen Aspekten des Tabakkonsums zuzurechnen sind. Kognitive Modelle und Lerntheorien (klassische und operante Konditionierung) verdeutlichen diese Prozesse und zeigen die Rolle von Wahrnehmung, Erwartungen, Denk- und Bewertungsprozessen sowie Handlungsplänen für die Aufrechterhaltung des Tabakkonsumverhaltens auf. Sie werden insbesondere genutzt, um die Entstehung von Verlangen (z.B. Beck, Wright, Newman & Liese, 1997) und das Rückfallgeschehen²¹ zu erklären (z.B. Marlatt & Gordon, 1985).

²¹ Das Rückfallmodell von Marlatt und Gordon wird in 6.2 weiter ausgeführt.

Im Laufe der Habitualisierung erlangen die primären Effekte des Rauchens eine größere Bedeutung (Torchalla et al., 2013). Dabei handelt es sich sowohl um positive Verstärkereffekte, wie z.B. die Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, als auch negative Verstärkerwirkungen wie das Nachlassen von Entzugssymptomen oder negativen Gefühlen. Rauchen wird mit zahlreichen positiven und negativen Situationen verknüpft (z.B. Telefonieren, Arbeit am Computer) und zur Bewältigung unangenehmer Situationen und innerer Zustände eingesetzt (z.B. Langeweile, Ärger, deprimierte Stimmung). Auf diese Weise lösen im Sinne des klassischen Konditionierens (Lerntheorie) bestimmte Schlüsselreize Rauchverlangen aus und Rauchen wird fester Bestandteil täglicher Routinen und Rituale. Auch nicht-nikotinbezogene Reize können eine wichtige Rolle bei der Habitualisierung spielen. Hierzu gehören bspw. die Hand-Mund-Bewegung, das Ein- und Ausatmen des Rauches, die sozialen Interaktionen sowie ein mit dem Rauchen verbundener Rückzug aus einer unangenehmen Situation. Das kognitive Abhängigkeitsmodell von Beck und al. (1997) führt eine Reihe von dysfunktionalen Annahmen für die Entstehung von abhängigem Verhalten auf. Hierzu gehört der Glaube, eine Substanz unbedingt zu benötigen, die Hoffnung und Erwartung, dass der Konsum der Substanz die Situation verbessert ebenso wie die tatsächliche Wahrnehmung dieser Effekte z.B. Beruhigung oder erhöhte Leistungsfähigkeit.

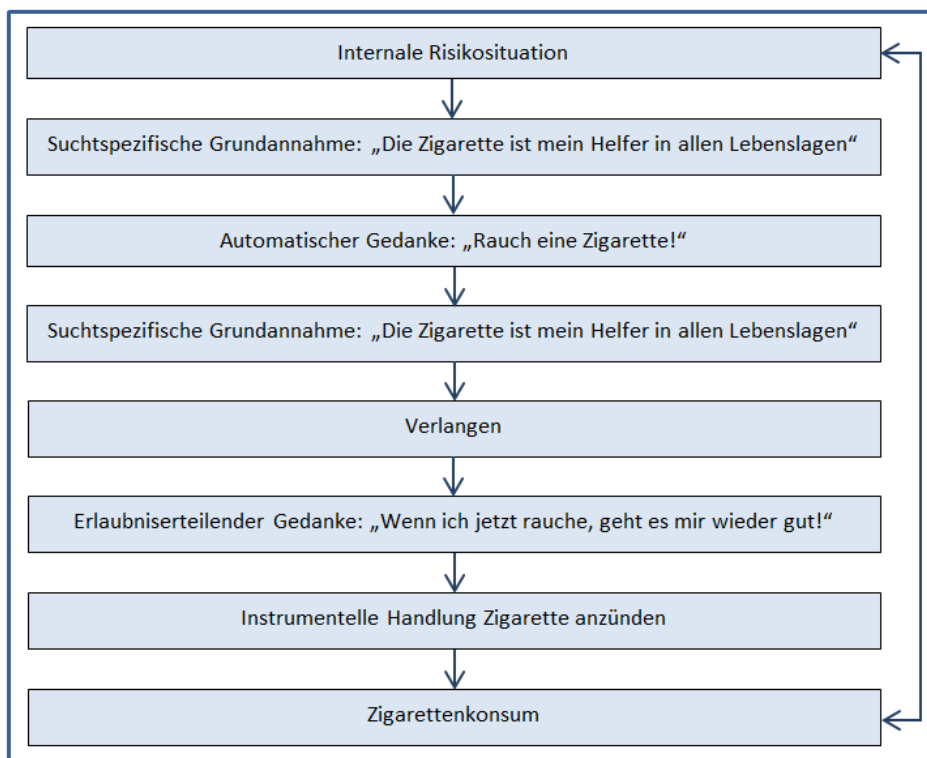


Abbildung 9: Kognitives Modell der Tabakabhängigkeit (Ferstl, 2005), eigene Darstellung

Kröger und Lohmann (2007) haben das Modell auf den Tabakkonsum übertragen (s. Abbildung 9). Ausgangspunkt ist hierbei die Wahrnehmung einer internalen Risikosituation, deren Lösung mit ab-

hängigkeitsspezifischen Verhaltensweisen verknüpft wird. Die zugrundeliegende abhängigkeitspezifische Annahme, dass die Zigarette *Helfer in allen Lebenslagen* ist, steuert die darauffolgenden kognitiven und instrumentellen Prozesse und führt schließlich zum Tabakkonsum.

Dysfunktionale Erwartungen können sich auf das Rauchen („*Nur mit Zigarette kann ich die beruflichen Anforderungen bewältigen.*“) oder aber den Ausstieg („*Ohne Zigarette habe ich nichts Schönes mehr im Leben.*“) und Einstellungen zur eigenen Abstinenzfähigkeit („*Ich habe nicht genug Selbstdisziplin, um aufzuhören.*“) beziehen.

3.5 ZUSAMMENFASSUNG

Der Blick in die jüngere Geschichte zeigt, dass in den letzten Jahrzehnten die gesellschaftliche Akzeptanz des Rauchens einer Betonung seiner gesundheitlichen Risiken gewichen ist. Es wurden Problematisierungen und neue Deutungen vorgenommen, die schließlich in die Einordnung als Substanzabhängigkeit mündeten. Dies ist vor allem Ergebnis einer medizinisch-psychiatrisch-naturwissenschaftlichen Perspektive auf den Tabakkonsum, die von sozialwissenschaftlicher Seite kritisch gesehen wird. Bei der Betrachtung der Entstehung abhängigen Konsums wird üblicherweise zwischen der im Jugendalter normalen Phase des Ausprobierens und der Habitualisierung des Rauchens differenziert. Erklärungen zur Entstehung abhängigen Rauchens rekurrieren vor allem auf Lerntheorien. Die Kombination von biologischen und sozialen Wirkfaktoren führen dazu, dass bestimmte Reize zum Stimulus für das Rauchverlangen werden. Es werden konsumstabilisierende, dysfunktionale Kognitionen gebildet. Was die Befunde für den Ausstieg aus dem Tabakkonsum bedeuten, ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

4 AUSSTIEG AUS DEM TABAKKONSUM: DATEN UND HINTERGRÜNDE

Im Zentrum dieses Kapitels stehen die Ausstiegsprozesse aus dem Tabakkonsum. Auf die datengestützte Darstellung der Ausstiegsversuche (Kapitel 4.1) folgen Erläuterungen zu negativen und positiven Effekten des Nikotinentzugs sowie geschlechtsbezogenen Symptomen der Tabakentwöhnung (Kapitel 4.2). Im letzten Kapitel (4.3) vervollständigen Prädiktoren für das Gelingen bzw. Nicht-Gelingen des Tabakausstiegs sowie geschlechterdifferenzierter Befunde hinsichtlich der Gründe für Rückfall und fortgesetzten Tabakkonsum das Bild des Ausstiegsgeschehens.

4.1 EPIDEMIOLOGIE DES AUSSTIEGS AUS DEM TABAKKONSUM

Nach konsistenten Befunden hat die überwiegende Mehrheit der Raucher*innen mindestens einmal im Leben einen ernsthaften Ausstiegsversuch unternommen (DKFZ, 2015). Jährlich versuchen etwa 25 % bis 48 % der Raucher*innen aufzuhören (Kröger, Gomes de Matos, Piontek & Wenig, 2016; Vangeli, Stapleton, Smit, Borland & West, 2011). Etwa die Hälfte der erwachsenen Raucher*innen ist mit ihrem Tabakkonsumverhalten unzufrieden und äußert den Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören. Wiederum ungefähr der Hälfte der erwachsenen Raucher*innen gelingt der Rauchstopp im Laufe ihres Lebens (Lampert & Burger, 2005). Der Anteil der Ex-Raucher*innen an der Bevölkerung nimmt mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich zu, so dass es in den Altersgruppen der über 45-jährigen Männer und Frauen mehr Ex-Raucher*innen als aktuelle Raucher*innen gibt (s. Abbildungen 5 und 6). Im Folgenden wird genauer betrachtet, wie das Ausstiegsverhalten nach Alter, sozialer Schicht und Geschlecht variiert und welche Motivationen dem Rauchstopp zugrunde liegen können.

4.1.1 AUSSTIEGSQUOTEN UND -MODI

Etwa der Hälfte der Erwachsenen (>18-Jährigen), die jemals geraucht haben, gelingt es, das Rauchen im Laufe der Zeit wieder aufzugeben (Kuntz et al., 2016). Die Ausstiegsquoten, d.h. der Anteil der Ex-Raucher*innen an der Bevölkerung, steigen mit dem Lebensalter an (s. Abbildungen 5 und 6). Nach Geschlecht differenziert zeigen sich jedoch leichte Unterschiede. Bei den Frauen steigt der Anteil der Ex-Raucher*innen kontinuierlich auf 32,4 % bei den 45-64-Jährigen an und sinkt bei den über 65-Jährigen auf 24,9 % ab (Zeiber et al., 2017). Bei den ab 30-Jährigen fällt auf, dass Raucherinnen der oberen im Vergleich zur unteren Bildungsgruppe deutlich häufiger das Rauchen aufgeben. Bei den Männern entwickelt sich der Anteil der Ex-Raucher linear ansteigend mit dem Alter von 12,3 % bei den 18-29-Jährigen auf 55,5 % bei den über 65-Jährigen. Der Bildungsgradient ist nicht so deutlich ausgeprägt, d.h. der Ausstieg aus dem Tabakkonsum scheint nicht so stark mit dem Bildungsstatus assoziiert zu sein wie bei den Frauen (ebd.). Während bis zum Lebensalter von 45 Jahren bei beiden Geschlechtern der Anteil der aktuellen Raucher*innen höher ist als derjenige der ehemaligen

Raucher*innen, kehrt sich das Verhältnis in den höheren Altersgruppen und über die Bildungsgruppen hinweg um. Der Anteil derjenigen, die das Rauchen aufgegeben haben, übersteigt zum Teil deutlich den der aktuell Rauchenden. Zu erwarten wäre vielleicht gewesen, dass die Ausstiegsquoten bei den Frauen in den Altersgruppen bis 44 Jahre höher ausfallen als bei den Männern dieses Alters, weil im Zusammenhang mit (geplanter) Schwangerschaft das Rauchen vielleicht vermehrt aufgegeben würde. Tatsächlich ist aber eine solche Ausprägung aus den Daten des GEDA 2014/2015 nicht erkennbar. Möglich ist dennoch, dass denjenigen Frauen, die schwanger werden (wollen), der Ausstieg aus dem Tabakkonsum eher gelingt als den übrigen Raucher*innen in dieser Altersgruppe.

Etwa zwei Drittel der aktuell Rauchenden haben bereits mindestens einen Versuch unternommen, aus dem Tabakkonsum auszusteigen. Jedes Jahr versuchen 20 bis 30 % der Raucher*innen, das Rauchen zu beenden (Kröger et al., 2016). Über die Hälfte aller Aussteiger*innen unternimmt den Rauchstopp selbstständig (53,7 %). Werden Hilfen genutzt so sind dies soziale Unterstützung durch Partner*in, Familie und Freund*innen (22,6 %), Selbsthilfematerialien wie Broschüren, CDs, DVDs oder Videos (13,3 %), Nikotinpräparate (11,3 %) und die E-Zigarette (8,4 %) ²². Weitere Hilfsmittel wie verschreibungspflichtige Medikamente, computergestützte Interventionen und Rauchertelefone spielen eine untergeordnete Rolle. Bezogen auf die Wahl der Hilfsmittel zeigen sich kaum Geschlechterunterschiede.

Die meisten Raucher*innen versuchen, sich das Rauchen ohne Hilfsmittel abzugewöhnen, wobei dies bei erfolgreichen Ex-Raucher*innen (75,8 %) häufiger der Fall war, als bei den gescheiterten Versuchen (62,5 %) ²³ (DKFZ, 2015) (s. Abbildung 10). Die Nutzung von Informationsmaterialien und nikotinhaltigen Präparaten scheint den Erfolg des Ausstiegs nur wenig zu beeinflussen. Auch Entwöhnungskurse werden von Raucher*innen nur wenig genutzt und nur etwa 1 % der Raucher*innen schafft den Ausstieg mithilfe eines Kursbesuches. Am häufigsten wird dieses Unterstützungsangebot von starken Raucher*innen, die bereits erfolglose Aufhörversuche hinter sich haben, in Anspruch genommen (Kröger, Sonntag & Shaw, 2001). Dies korrespondiert mit den Ergebnissen einer dänischen Studie, wonach diejenigen Raucher*innen, die den Ausstieg selbstständig unternehmen im Vergleich zu denjenigen, die Hilfsmittel nutzten, eher jüngeren Alters waren, eine kürzere Zeit geraucht und weniger stark geraucht hatten. Außerdem wurde der selbstständige Ausstieg eher von Männern gewählt (Mikkelsen, Dalum, Skov-Ettrup & Tolstrup, 2014). Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention werden ebenfalls stärker von Frauen als von Männern genutzt; ein Befund, der seit Jahren stabil ist, wie die Präventionsberichte der GKV zeigen (z.B. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes

²² Datenbasis der Auswertung ist der Epidemiologische Suchtsurvey 2012.

²³ Datenbasis ist der Epidemiologischer Suchtsurvey 2012.

Bund der Krankenkassen [MDS] & GKV-Spitzenverband, 2017). Einzige Ausnahme bilden die Angebote zum Substanzkonsum; hier ist das Geschlechterverhältnis in etwa ausgeglichen (46 % Männer vs. 54 % Frauen)²⁴. Für Angebote der Tabakentwöhnung legt das IFT Inanspruchnahmedaten vor. Auch hier ist das Geschlechterverhältnis über die Jahre in etwa ausgeglichen (Kröger & Gröll, 2018). Die überwiegende Mehrheit der Aussteiger*innen unternimmt und schafft den Rauchstopp selbstständig, ohne Hilfsmittel oder externe Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Allerdings sind nur 3 bis 7 % dieser Versuche über den Zeitraum eines halben Jahres erfolgreich (Kröger & Piontek, 2011).

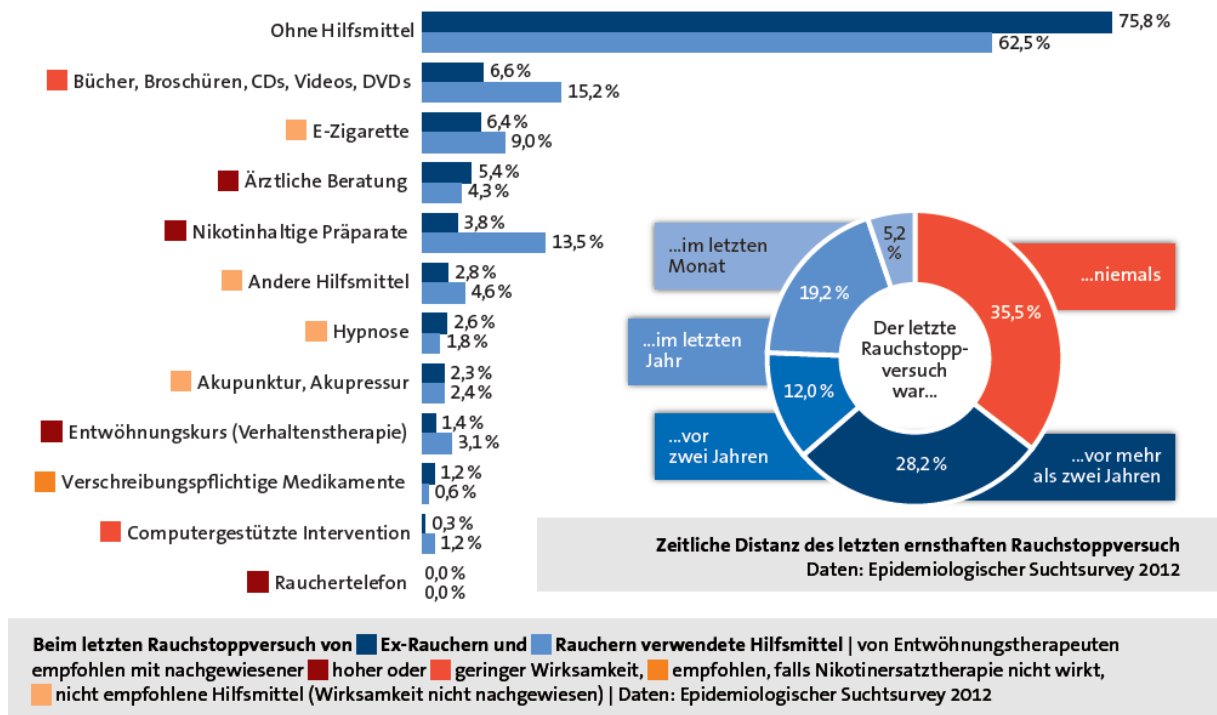


Abbildung 10: Ausstiegsstrategien von Ex-Raucher*innen und Raucher*innen (DKFZ, 2015: 34)

Oftmals gehen dem erfolgreichen Ausstieg mehrere erfolglose Aufhörversuche voraus. So haben 72 % der aktuellen Raucher*innen in der Vergangenheit mindestens einen ernsthaften Ausstiegsversuch unternommen, für den 19 % Hilfsmittel wie Nikotinersatzpräparate und Unterstützung im Rahmen von Entwöhnungsprogrammen nutzten (Meyer, Rumpf, Hapke & John, 2000). Sind selbstständige Rauchstoppversuche misslungen, so wird zu einem späteren Zeitpunkt oftmals auf eines der zahlreichen Angebote zur Tabakentwöhnung zurückgegriffen. Die Gruppe der Inanspruchnehmer*innen von Hilfen ist gegenüber den selbstständig Entwöhnenden gekennzeichnet durch einen intensiveren Zigarettenkonsum, d.h. sie konsumieren im Mittel mehr Zigaretten und rauchen seit längerer

²⁴ In diesen Daten sind sämtliche Angebote zum Suchtmittelkonsum enthalten, wenngleich Teilnahmen zur Förderung des Nichtrauchens 90 % im Bereich Suchtmittelkonsum ausmachen. Die Aussagekraft hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses bei Angeboten der Tabakentwöhnung ist daher etwas begrenzt.

Zeit, durch eine stärkere Nikotinabhängigkeit sowie ein höheres durchschnittliches Lebensalter (ebd.).

4.1.2 AUFHÖRMOTIVE

Die generelle Absicht, mit dem Rauchen aufhören zu wollen, ist bei ungefähr der Hälfte der Raucher*innen (45,7 %) vorhanden (Kraus, Rösner, Baumeister, Pabst & Steiner, 2008). Die Daten des ESA zeigen, dass mehr Raucher (50,3 %) als Raucherinnen (40 %) den Ausstieg aus dem Tabakkonsum wünschen (ebd.). Jedoch lediglich 4,2 % planten den Rauchausstieg innerhalb der nächsten 30 Tage (Männer: 4,4 %, Frauen: 3,8 %). Die Hälfte der täglichen Raucher*innen (50,2 %) hatte zum Zeitpunkt der Befragung nicht vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören (Männer: 45,3 %, Frauen: 56,2 %) (ebd.). Beide Geschlechter sind in etwa gleichermaßen motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören und unterscheiden sich ebenfalls nicht hinsichtlich der Risikowahrnehmung des Tabakkonsums, so zeigt auch die Analyse des USDHHS (2001).

Als Gründe für den Ausstiegsversuch werden genannt (Minneker, 1991): Empfundene Abhängigkeit, gesundheitliche Gründe, ärztlicher Rat, Rücksichtnahme auf Familie (Partner*in, Kinder), Schwangerschaft, finanzielle Gründe sowie Verbesserung der Kondition. Aufhörversuche sind oftmals durch individuelle Auslöser motiviert. Diese können das Erleben gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder die Sorge um die eigene oder die Gesundheit der Kinder ebenso umfassen wie sozialen Druck im Umfeld des*r Rauchers*in, ärztlichen Rat, finanzielle Belastungen durch den Tabakkonsum oder die seit den gesetzlichen Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen verstärkten Rauchverbote und die vermehrte gesellschaftliche Mißbilligung des Rauchens (DKFZ, 2015). Es gibt Hinweise darauf, dass sich Ausstiegsmotive nach verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterscheiden. Grøtvedt und Stavem (2005) untersuchten in ihrer bevölkerungsbasierten, quantitativen Befragung (N=1.715 Ex-Raucher*innen) die Interaktion der drei Variablen: Ausstiegsmotiv, Alter und Geschlecht. Zu den vier am häufigsten genannten Gründen für den Rauchstopp gehörte die Sorge um die eigene Gesundheit, Ablehnung der Abhängigkeit, Verbesserung der Fitness sowie Rücksichtnahme auf die Kinder. Das Alter war für alle meist genannten Aufhörtmotive ein Prädiktor. Darüber hinaus konnten auch Geschlechterunterschiede ermittelt werden. Die Männer hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit als die Frauen, das Rauchen aufzugeben zu haben, um ihre eigene Fitness zu verbessern oder aus Rücksichtnahme auf andere Familienmitglieder als die Kinder und eine niedrigere Wahrscheinlichkeit aus Rücksichtnahme auf die Kinder oder die Solidarität mit der Partnerin, die das Rauchen aufgab, den Rauchstopp initiiert zu haben. Bei den Frauen spielte unabhängig vom Alter die Rücksichtnahme auf die eigenen Kinder eine größere Rolle und weniger bedeutsam war der Wunsch, die körperliche Fitness zu verbessern. Außerdem erhöhten bei den Frauen ein jüngeres Lebensalter oder höherer Bildungs-

status die Wahrscheinlichkeit, aufgrund einer Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört zu haben. Dass auch der SES die Aufhormotive moderiert, konnten Pisinger, Aadahl und Jørgensen (2011) im Rahmen eines bevölkerungsbasierten Surveys zeigen. Demnach hatten Raucher*innen mit niedrigem SES eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit aus finanziellen Gründen (OR: 1,85) oder aufgrund gesundheitlicher Probleme (OR: 1,43) mit dem Rauchen aufhören zu wollen.

4.1.3 ENTWÖHNUNGSERFOLGE UND RÜCKFÄLLE

Das Rückfallrisiko ist in den ersten Tagen des Rauchstopps besonders hoch. Häufige Gründe für einen Rückfall sind Stress, negative oder positive Gefühle, Rauchverlangen (Craving), Entzugssymptome oder Zugriff auf Zigaretten. Je länger die Abstinenz dauert, desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls. Es wird aber davon ausgegangen, dass bei tabakabhängigen Raucher*innen lebenslang die Gefahr eines Rückfalls besteht (AWMF, 2015). Daß auch nach jahre- oder jahrzehntelanger Abstinenz bestimmte Reize genügen können, um Rauchverlangen auszulösen, wird auf neuroanatomische Strukturveränderungen und komplexe Konditionierungsprozesse zurückgeführt, die dauerhaft gegenüber dem Nikotin sensitivieren. Ob nun der Ausstieg gelingt oder nicht, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Voraussetzung und stärkster Erfolgsfaktor für den Rauchausstieg sind Motivation und Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Minneker, Buchkremer & Bents, 1989; Baldwin, Rothman, Hertel, Linde, Jeffery, Finch et al., 2006). Während die Überzeugung, den Ausstieg zu schaffen, auch langfristig für den Abstinenzenerfolg bedeutsam ist, ist die Motivation wichtige Voraussetzung für die kurzfristige Abstinenz (Batra, 2000). Stabilster und stärkster Prädiktor für den dauerhaften Ausstieg aus dem Tabakkonsum ist jedoch die Stärke der Tabakabhängigkeit²⁵.

Vielfach finden sich in Studien bei den Männern höhere Ausstiegsraten als bei den Frauen und es wird oftmals der Schluss gezogen, dass Frauen der Ausstieg aus dem Tabakkonsum weniger gut gelingt und Männern erfolgreicher beim Rauchstopp sind (Smith, Bessette, Weinberger, Sheffer & McKee, 2016). Als Grund wird v.a. angenommen, dass Frauen den Tabakkonsum oftmals zur Kontrolle ihres Körpergewichts einsetzen und im Falle einer Gewichtszunahme beim Rauchstopp stärker rückfallgefährdet seien als Männer. Hinsichtlich des Erfolgs bzw. Nichterfolgs beim Rauchausstieg zeigen bevölkerungsbasierte Surveys wenige bis keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen, während einzelne Studien widersprüchliche Ergebnisse aufweisen (Reynoso, Subsabda & Cepeda-Benito, 2005). Geschlechterdifferenzen zeigen sich hinsichtlich der Dauer der Abstinenz, wobei auch hier keine konsistenten Ergebnisse zu finden sind. Jarvis, Cohen, Delnevo und Giovino (2013) bezweifelten die gefundenen Geschlechterunterschiede bezogen auf den Entwöhnungserfolg, da diese

²⁵ In der Regel gilt eine Abstinenz von vier Wochen als kurzfristig, während eine Abstinenz ab sechs Monaten als langfristig bezeichnet wird.

mehrheitlich aus klinischen Settings stammen und vermuteten einen Gender Bias in den Daten. Sie gingen davon aus, dass Männer in höherem Maße als Frauen den Zigarettenkonsum durch den Konsum von anderen Tabakerzeugnissen wie Zigarren, Pfeife, Schnupf- und Kautabak ersetzen und dennoch als Ex-Raucher kategorisiert würden. In ihrer Analyse nutzte die Forschungsgruppe vorliegende Daten aus Bevölkerungssurveys in den USA²⁶, Kanada²⁷ und Großbritannien²⁸ aus den Jahren 2006 bis 2007 und bereinigte die Ausstiegsquoten um diejenigen, die den Zigarettenkonsum zwar eingestellt hatten, jedoch gelegentlich oder regelmäßig Zigarren, Pfeife oder Schnupf- und Kautabak konsumierten. Die Ergebnisse zeigten länderübergreifend ein konsistentes Muster von Geschlechterunterschieden. Demnach hatten Jemalsraucherinnen in den Altersgruppen 20 bis unter 50 Jahre eine höhere Wahrscheinlichkeit das Rauchen vollständig aufgegeben zu haben als die jemalsrauchenden Männer dieser Altersgruppen. Erst in den höheren Altersgruppen stellte sich das Verhältnis umgekehrt dar und hatten die Männer eine höhere Wahrscheinlichkeit, das Rauchen aufgegeben zu haben. Über alle Altersgruppen hinweg zeigten sich kaum Geschlechterunterschiede.

Entwöhnungserfolge sind auch danach zu differenzieren, wie lange die Abstinenz aufrechterhalten wird. Einzelstudien ermitteln, dass Frauen und Männer ungefähr gleich erfolgreich bei kurzfristiger Abstinenz sind, das Risiko eines langfristigen Rückfalls für Frauen jedoch erhöht ist. Als wirksame psychologische Faktoren werden oftmals die geringere Selbstwirksamkeitserwartung von Frauen und stärkere Wettbewerbs- und Erfolgsorientierung der Männer vermutet (Reynoso et al., 2005). Auch Wetter et al. fanden bei ihrer Analyse der kurz- und langfristigen Abstinenzquoten bei Frauen und Männern Geschlechtsunterschiede. Nachdem der Grad der Nikotinabhängigkeit, Entzugserscheinungen oder Ergebniserwartungen die Differenzen zwischen Männern und Frauen nicht erklären konnten, kam die Forschungsgruppe zu dem Schluss, dass Geschlechterunterschiede zwar vorhanden sind, die Ursachen hierfür aber unklar bleiben (Wetter, Kenford, Smith, Fiore, Jorenby & Baker, 1999). Die Auswertung der Tabakentwöhnungsprogramme des *National Health Service* (NHS) in Großbritannien zeigt hingegen, dass Frauen eine geringere Wahrscheinlichkeit für kurzfristige Abstinenz (vier Wochen) als Männer haben, obwohl die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an einem Entwöhnungskurs höher ist. Als Gründe für die geringeren Erfolgsraten von Frauen werden vermutet: geringere Selbst-

²⁶ Die Daten stammen aus einer Zusatzbefragung zum Tabakkonsum des repräsentativen Bevölkerungssurveys (Haushaltsbefragung der Bevölkerung ab 15 Jahre) aus den Jahren 2006-2007, N=70.189 Jemalsraucher/innen (<http://www.census.gov/apspd/techdoc/cps/cps-main.html>)

²⁷ Statistics Canada führt mit dem Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) eine jährliche repräsentative Befragung der über 15-jährigen Bevölkerung zum Tabakkonsum durch. Aus den Daten der Jahre 2006 und 2007 ergibt sich eine Stichprobe von 17.504 Jemalsraucher*innen (<http://www.census.gov/apspd/techdoc/cps/cpsmayaug06.pdf>).

²⁸ Der General Household Survey (GHS) ist in Großbritannien eine jährlich durchgeführte, repräsentative Querschnittsbefragung der Wohnbevölkerung ab 16 Jahre. Aus den Jahren 2006 und 2007 wurden die Daten von 14.874 Jemalsraucher*innen extrahiert (<http://www.os.gov.uk/ons/rel/ghs/general-household-survey/2007-report/index.html>).

wirksamkeitserwartung, unterschiedliche Bedeutung und Rolle des Tabakkonsums im Leben von Frauen und Männern und die Wechselwirkung von Gender und Benachteiligung (Bauld, Bell, McCullough, Richardson & Greaves, 2009). Dass Frauen es außerdem weniger als Männer gelingt, langfristig abstinent zu bleiben, lässt sich nicht mit Unterschieden in den Rauchbiografien, der Motivation zum Rauchen, sozialer Unterstützung und wahrgenommenem Stress erklären (Ward, Klesges, Zbikowski, Bliss & Garvey, 1997).

Einen weiteren Erklärungsansatz liefert die Analyse von Längsschnittdaten des *International Tobacco Control Four Country Survey* (Smith, Kasza, Hyland, Fong, Borland, Brady et al., 2015). Demnach fanden sich zunächst auch die bereits beobachteten geringeren Erfolgsraten bei Frauen; stratifiziert nach Gebrauch von Medikamenten zur Tabakentwöhnung zeigte sich, dass Frauen, die Medikamente nutzten, (1) erfolgreicher waren als diejenigen Frauen, die den Ausstieg ohne Hilfsmittel unternahmen, und (2) die Erfolgsrate gleich hoch wie diejenige der Männer war.

Der Frage nach der Effektivität der Tabakentwöhnungsangebote für Subgruppen ging auch die Forschungsgruppe um Linda Bauld nach, indem sie in ihrem Review 20 Studien aus den Jahren 1990 bis 2007 analysierte. Demnach sank die Aufhörrate kurzfristiger Abstinenz insgesamt von 53 % auf nur noch 15 % nach einem Jahr und es zeigte sich, dass insbesondere jüngere Raucher*innen, Frauen, Schwangere und sozial Benachteiligte schlechtere kurzfristige Abstinenzraten aufwiesen als andere Gruppen (Bauld et al., 2009). Möglicherweise sind weniger die Geschlechtszugehörigkeit, sondern die mit ihr verbundenen Rahmenbedingungen entscheidend für den Abstinenzserfolg. Die Literatur zeigt, dass Frauen und Männer niedriger im Vergleich zur hohen Bildungsschicht nicht nur häufiger mit dem Rauchen beginnen, sondern sie haben auch schlechtere Chancen den Ausstieg zu schaffen (Kuntz et al., 2014; Pisinger et al., 2011). Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Ausstiegsquoten bei sozial Benachteiligten fanden Bauld et al. (2009) zwar nicht, gleichwohl wirkt der Zusammenhang zwischen sozialen Determinanten und Tabakkonsum möglicherweise unterschiedlich auf Frauen und Männer. So ermittelt eine australische Studie, dass starke Raucherinnen (> 25 Zigaretten täglich) eher als die Männer ein niedriges Bildungsniveau, eine höhere Wahrscheinlichkeit für Erwerbslosigkeit hatten und Beschäftigungen mit niedrigem Ansehen innehatten (Wilson, Taylor & Roberts, 1995). Die Ergebnisse lassen vermuten, dass der Tabakkonsum eine mögliche Antwort der Frauen auf soziale Benachteiligung ist. Ungünstige Finanzen bzw. schwierige finanzielle Situationen sind für Frauen im Unterschied zu Männern ein Grund für den Rückfall sowie für fortgesetztes Rauchen, so ermittelte eine amerikanische Studie von 2003 (McKee, Maciejewski, Falba & Mazure, 2003).

Die U.S.-amerikanische Gesundheitsberichterstattung erfasste in Bevölkerungsbefragungen die subjektiven Gründe für den Rückfall nach dem Rauchstopp und stellte bereits 1987 Geschlechtsunterschiede fest (USDHHS, 2001). So nannten Frauen als Hauptgrund für ihre Rückfälligkeit Nervosität

und Anspannung, während für Männer die Rauchgewohnheit selbst oder mit dem Rauchen assoziierte Situationen besonders rückfallkritisch waren. Die Wahrscheinlichkeit, angesichts eines stressauslösenden Lebensereignisses wieder mit dem Rauchen zu beginnen, war in dieser Erhebung für Frauen und Männer gleich hoch (ebd.). Allerdings ist bei diesen Selbstangaben zu bedenken, dass die Aussagen von geschlechtsspezifischen Mustern der Selbstwahrnehmung und Kommunikation verzerrt sein können. Männer nahmen möglicherweise weniger als Frauen Gefühlszustände wie Anspannung und Nervosität wahr bzw. kommunizierten diese, da sie nicht zum männlichen Selbstbild passen (ebd.).

Insgesamt liegen zur Frage, ob die Gründe für den Rückfall und fortgesetzten Tabakkonsum für Frauen und Männer unterschiedlich ausfallen, widersprüchliche Daten vor. Aus Evaluationen deutscher Programme gibt es keine Erkenntnisse hierzu. Insgesamt gibt es recht wenig Forschung zu diesem Thema und noch weniger erfolgt sie geschlechtssensibel. Lediglich zwei U.S.-amerikanische Studien und eine deutsche Befragung greifen diese Fragestellung auf. Eine prospektive Studie mit Raucher*innen, die eigenständig den Ausstieg aus dem Tabakkonsum unternommen haben, zeigt, dass Frauen und Männer gleich erfolgreich hinsichtlich kurzfristiger Abstinenz (15 Tage) sind. Geschlechterunterschiede zeigen sich erst hinsichtlich der langfristigen Abstinenz von ab einem Jahr. Die untersuchten Prädiktoren wie soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, wahrgenommener Stress und die Rauchgeschichte können die höhere Rückfallrate der Frauen nicht hinreichend erklären (Ward, Klesges, Zbikowski, Bliss & Garvey, 1997). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine weitere amerikanische Studie aus dem Jahr 2005 (Westmaas & Langsam, 2005). Sie ermittelt ebenfalls keine Geschlechterunterschiede in der Rückfallwahrscheinlichkeit am Tag und am Folgetag des Rauchstopps oder beim 4-Monate-Follow-up. Sie zeigt jedoch, dass die Prädiktoren für den schnellen Rückfall nach dem Rauchstopp andere sind als diejenigen Variablen, die die Wiederaufnahme des Rauchens nach längerer Zeit bedingen. Außerdem wirken in jeder Phase der Entwöhnung bei Männern vollständig andere Prädiktoren für den Rückfall als bei Frauen. Für Männer geht das größte Risiko für den Rückfall am Tag des Rauchstopps (1) vom Konsum von Alkohol, (2) vom Konsum größerer Kaffeemengen, (3) von der Suche nach sozialer Unterstützung und (4) dem Erleben negativer Gefühle aus. Diejenigen Männer, denen die Abstinenz am Tag des Rauchstopps gelang, waren am Folgetag wiederum am stärksten durch den Konsum von Alkohol gefährdet. Nach vier Monaten war die Wahrscheinlichkeit, wieder zu rauchen für Männer dann am größten, wenn sie zuvor geringen sozialen Druck, mit dem Rauchen aufzuhören, berichtet hatten und wenn sie kein Nikotinplaster oder -kaugummi genutzt hatten. Prädiktoren für den Rückfall der Frauen am Tag des Rauchstopps waren (1) höhere Nikotinabhängigkeit, (2) weniger Suche nach sozialer Unterstützung, (3) keine Ersatzhandlungen wie essen vorzunehmen, wenn das Rauchverlangen besonders groß war und (4) eine

geringere Wahrscheinlichkeit aus Gründen der Gewichtskontrolle zu rauchen. Jüngerer Lebensalter und stärkere Nikotinabhängigkeit bedingten das Rauchen am Tag nach dem Rauchstopp und in der 4-Monate-Nacherhebung waren die größten Risiken für den Rückfall Ängstlichkeit (*trait anxiety*) und die Ablehnung von Essen als Ersatz für das Rauchen.

Eine Befragung der Teilnehmer*innen an Rauchfrei-Programmen des IFT weist auf geschlechtsbezogene Unterschiede hinsichtlich rückfallkritischer Situationen hin: Frauen scheinen in psycho-sozialen Stress- und Krisensituationen häufiger rückfällig zu werden als Männer (Gradl & Kröger, o.J.).

Das USDHHS kommt bei Berücksichtigung der widersprüchlichen Evidenz aus epidemiologischen Studien zu dem Schluss, dass es keinen konsistenten Beleg für eine im Vergleich zu Männern geringere Wahrscheinlichkeit bei den Frauen gibt, mit dem Rauchen aufzuhören (USDHHS, 2001; Smith, Bessette, Weinberger, Sheffer & McKee, 2016). Smith et al. (2016) führen die widersprüchlichen Befunde auf unterschiedliche methodische Vorgehensweisen von Reviews und Studien zurück. Außerdem könnten zeitliche Entwicklungen ins Gewicht fallen. Während in der Vergangenheit Geschlechterunterschiede bestanden haben mögen (USDHHS, 2001), lassen neuere Arbeiten eher vermuten, dass sich diese – zumindest in den westlichen Industrieländern – eher reduzieren (Jarvis, Cohen, Delnevo, Giovino, 2013). In ihrem Review kommen Smith et al. (2016) zu dem Schluss, dass es vielmehr die geschlechtsbezogenen Lebenslagen und Benachteiligungen sind, die Frauen den Ausstieg erschweren. Wegweisend für den Zusammenhang von Geschlecht, Tabakkonsum und sozialer Ungleichheit waren die Arbeiten von Greaves (2015). Sie machte am Beispiel rauchender Mütter darauf aufmerksam, wie eng Tabakkonsum mit sozialer Benachteiligung verbunden ist und der Frage nachgegangen werden muss, wie Gender und SES miteinander verwoben sind. Bedeutsam sind für Frauen die im Vergleich zu Männern höhere Betroffenheit von sexualisierter Gewalt im Kindes- und Erwachsenenalter, Traumafolgestörungen, eine schlechtere ökonomische Lage durch geringere Einkommen sowie höhere Betroffenheit von Armut (Smith et al., 2016). Diese Faktoren bedeuten einerseits eine höhere individuelle Belastung und andererseits eine eingeschränkte Verfügbarkeit von Ressourcen. Als Rahmenkonzept für die tabakkonsumbezogenen gesundheitlichen Ungleichheiten (*tobacco-related health disparities*, TRHD) bietet Adam Leventhal (2016) die *Sociopharmacology* an. Mit der Verbindung von Sozialepidemiologie und Psychopharmakologie versucht er zu erklären, wie kontextuelle Faktoren psychopharmakologische Determinanten zuungunsten sozial Benachteiligter verstärken.

4.2 EFFEKTE DES NIKOTINENTZUGS

Bei Raucher*innen, die über längere Zeit Nikotin konsumiert haben, führt der Nikotinentzug zu einer Reihe von Symptomen. Diese tauchen innerhalb weniger Stunden bzw. bei starken Raucher*innen unter Umständen schon nach einer Stunde nach dem Rauchstopp auf und erreichen innerhalb der ersten zwei Tage ihren Höhepunkt (AWMF, 2015). Während die physisch ausgelösten Entzugssymptome innerhalb weniger Wochen nach dem Rauchstopp zurückgehen können, bleiben die Konditionierungen auf äußere Reize und Stimmungen unter Umständen über Jahre bestehen und erschweren den langfristigen Ausstieg (DKFZ, 2015).

Laut S3-Leitlinie zur Tabakentwöhnung (AWMF, 2015) kann es in der Phase des Rauchstopps zu Störungen des emotionalen Erlebens (Dysphorie), negativer Stimmung, Schlafstörungen, Depressivität, innerer und motorischer Unruhe, Angstzuständen, Appetitsteigerung sowie Konzentrationsstörungen kommen. Diese Erscheinungen werden zurückgeführt auf Veränderungen der Neurotransmission und eine Erhöhung der Nikotinrezeptordichte (Andreas, Batra & Behr, 2008). Verlauf und Intensität der Entzugssymptomatik sind in hohem Maße individuell. Sie werden zwar häufiger von starken Raucher*innen berichtet, ihre Intensität korreliert jedoch nicht mit der Stärke der Abhängigkeit (Kröger & Lohmann, 2007). Dieses Phänomen kann darauf zurückgeführt werden, dass die Entzugssymptome nur zu einem Teil körperliche Reaktionen auf das fehlende Nikotin darstellen. Da die Zufuhr von Nikotin das zentralnervöse Belohnungssystem stimuliert, muss der*die Rauchaussteiger*in lernen, diese wegfallende Verstärkung zu akzeptieren bzw. sie zu kompensieren (Hoch & Kröger, 2011). Die Wahrnehmung und Gewichtung von Entzugssymptomen unterliegt subjektiven Bewertungsprozessen, so dass für die Bewertung auftretender Symptome eher entscheidend ist, inwieweit diese als belastend, beeinträchtigend (Kröger & Lohmann, 2007) bzw. bewältigbar eingestuft werden.

4.2.1 NEUROPHYSIOLOGISCHE, PHYSISCHE UND PSYCHISCHE SYMPTOME DES NIKOTINENTZUGS

Die charakteristischen Symptome des Tabakentzugssyndroms sind: Irritierbarkeit, Frustration oder Ärger, Angst, Konzentrationsschwierigkeiten, gesteigerter Appetit, Ruhelosigkeit, depressive Stimmung und Schlaflosigkeit (Dilling et al., 2016). Der Nikotinentzug führt zur geringeren Freisetzung von Dopamin, was wiederum während des Entzugs zu negativen Gefühlszuständen führt (Batra, 2004). Hinzu kommen die u.U. unangenehmen und stressauslösenden Konsequenzen des Entzugs wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Verstopfung oder Diarrhöe, niedriger Blutdruck, Müdigkeit, Benommenheit, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Niedergeschlagenheit, Angstgefühle, vermehrter Hunger und erhöhte Energieaufnahme, verstärktes Verlangen nach Süßigkeiten (Reichl, 2009) und Ruhelosigkeit, die sich auch in Schlafstörungen umsetzen kann. Die meisten Entzugserscheinungen erreichen 48 Stunden nach dem Rauchstopp ihren Höhepunkt und sind nach sechs Monaten vollständig ver-

schwunden. In der Regel dauern die Symptome einige Tage bis Wochen, werden aber meist nach sieben bis zehn Tagen deutlich schwächer bzw. verschwinden ganz. Laut Kröger und Lohmann (2007) berichtet etwa die Hälfte der Rauchaussteiger*innen Entzugssymptome, welche als unangenehm und beeinträchtigend eingestuft werden. Je stärker der Nikotinkonsum war, desto stärker sind auch die physiologischen und emotionalen Symptome des Entzugs ausgeprägt. Sie werden von den Betroffenen meist als unangenehm bis stark beeinträchtigend empfunden und zählen zu den am häufigsten genannten Faktoren, die einen Ausstiegsversuch verhindern, den Ausstieg erschweren oder zu Rückfällen führen (Torchalla et al., 2013). Der Einsatz von Nikotinersatzpräparaten in der Zeit des Rauchstopps kann diese Symptome mildern.

4.2.2 POSITIVE EFFEKTE DES TABAKAUSSTIEGS

Die positiven Effekte des Rauchstopps sind gut belegt und beziehen sich sowohl auf kurz- wie auf langfristige Effekte. Innerhalb von 20 Minuten nach der letzten Zigarette sinkt der Blutdruck, innerhalb von acht Stunden nach der letzten Zigarette normalisiert sich die Kohlenmonoxid-Konzentration der Ausatmung, nach zwei Tagen intensivieren sich Geruchs- und Geschmacksempfinden, nach drei Tagen ist eine Verbesserung der respiratorischen Funktion zu verzeichnen und nach vier Wochen verbessern sich Husten und Kurzatmigkeit kontinuierlich. Auch das Morbiditätsrisiko verringert sich, je länger die Tabakabstinenz andauert. Längerfristig sinken das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen nach einem Jahr und dasjenige für Schlaganfall nach fünf Jahren auf das Niveau eines*r Nichtraucher*in; nach zehn Jahren halbiert sich das Risiko für Lungenkrebs im Vergleich zu einer*m Raucher*in. Das Mortalitätsrisiko sinkt mit erfolgreichem Tabakausstieg. Raucher*innen, die vor dem 50. Lebensjahr mit dem Rauchen aufhören, halbieren gegenüber fortgesetzten Raucher*innen das Risiko innerhalb der nächsten 15 Jahre zu versterben (DKFZ, 2015).

Auf der psychischen Ebene stärkt die erfolgreiche Verhaltensänderung neben der Zufriedenheit die Erfahrungen von Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit, so konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (z.B. Baldwin, Rothman, Hertel, Linde, Jeffery, Finch & Lando, 2006; Jäkle, Keller, Baum & Basler, 1999). Der Ausstieg bedeutet zwar den Verlust der sozialen Zugehörigkeit zur Gruppe der Raucher*innen, ist aber – je nach sozialem Umfeld – mit mehr oder weniger Anerkennung verbunden. Der Tabakausstieg kann sich außerdem förderlich auf die psychische Gesundheit auswirken. Eine Meta-Analyse von Studien zu den Auswirkungen des Rauchstopps auf die psychische Gesundheit kommt zu dem Ergebnis, dass der Verzicht auf den Tabakkonsum Depressionen, Ängste und Stress lindern und so die Lebensqualität verbessern kann (Taylor, McNeill, Girling, Farley, Lindson-Hawley & Aveyard, 2014). Eine britische Kohortenstudie konnte zeigen, dass die Abstinenz bei Stressraucher*innen das psychische Gleichgewicht stabilisiert. Nach sechs Monaten erfolgreicher Abstinenz zeig-

ten die Studienteilnehmer*innen niedrigere Ängstlichkeit (McDermott, Marteau, Hollands, Hankins, & Aveyard, 2013). Insbesondere scheinen Raucher*innen mit einer diagnostizierten psychiatrischen Störung sowie diejenigen, die angeben, aus Gründen der Stressbewältigung zu rauchen, von einem Rauchstopp in Form von verringerter Ängstlichkeit zu profitieren (ebd.). Auch im Vergleich zu Raucher*innen kann bei denjenigen, welchen der Ausstieg aus dem Tabakkonsum gelingt, von geringerer Depression, Ängstlichkeit und Stress sowie verbesserter positiver Stimmung und Lebensqualität ausgegangen werden (Taylor et al., 2014). Dieser Befund zeigt, dass die Annahme, Rauchen könne Stress reduzieren, höchstens kurzfristig im Sinne von Verringerung des durch die Abhängigkeit und das Rauchverlangen ausgelösten Stresses zutreffen mag. Darüber hinaus ist jedoch nicht von einer Stressreduktion durch Tabakkonsum auszugehen.

4.2.3 FRAUENSPEZIFISCHE SYMPTOME DES NIKOTINENTZUGS

Inzwischen liegen deutliche Hinweise vor, dass es biologisch bedingte, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Verstoffwechslung von und der Sensitivität gegenüber Nikotin gibt, die auch im Ausstiegsgeschehen relevant sind. Es gibt Hinweise darauf, dass Frauen, die orale Kontrazeptiva einnehmen, und Frauen vor der Menopause Nikotin und Cotinin rascher abbauen als Männer, während es zwischen Frauen nach der Menopause und Männern keine Unterschiede gibt (Torchalla et al., 2013). Daraus wird der Schluss gezogen, dass Östrogen den Nikotinmetabolismus beschleunigt und umgekehrt der Nikotinkonsum das hormonelle Gleichgewicht beeinflusst (Lichtenschopf, 2012). Weiter wird davon ausgegangen, dass zyklusbedingte hormonelle Schwankungen bei Frauen Beschwerden wie Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Heißhunger und Antriebsarmut auslösen, die Ähnlichkeit mit Nikotinentzugserscheinungen haben. Perkins et al. konnten in einer Studie ermitteln, dass von einer zyklusabhängigen Abstinenzwahrscheinlichkeit ausgegangen werden kann, da Frauen in der Lutealphase²⁹ signifikant mehr und intensivere Entzugserscheinungen erleben als Frauen in der Follikelphase³⁰ (Perkins, Levine, Marcus, Shiffman, D'Amico, Miller, et al., 2000). Es ist daher anzunehmen, dass es für Frauen vor der Menopause besser und schlechter geeignete Zeitpunkte gibt, mit dem Rauchen aufzuhören (ebd.; Batra, 2004).

4.3 SPEZIFISCHE ASPEKTE DES AUSSTIEGS AUS DEM TABAKKONSUM

Während in Kapitel 4.1 die Datenlage zum Rückfallgeschehen im Vordergrund stand, werden in diesem Kapitel die Prädiktoren für das Gelingen bzw. Nicht-Gelingen des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum betrachtet. Dabei werden die in der Literatur am häufigsten benannten Rückfallgründe: emotio-

²⁹ Die Lutealphase ist die Zeitspanne zwischen Eisprung und nächster Menstruation.

³⁰ Die Follikelphase umfasst den Zeitraum zwischen dem ersten Tag der Menstruation bis zum Eisprung.

nal belastende Situationen, Gewichtszunahme bzw. Angst vor Gewichtszunahme und mangelnde soziale Unterstützung auf mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern überprüft und dargestellt.

4.3.1 NEGATIVE GEFÜHLE UND SITUATIONEN

Generell ist bei Raucher*innen die Prävalenz von Depressionen und Angststörungen (Gefühle von Angst, Wut, Furcht, Trauer, Einsamkeit und Niedergeschlagenheit) höher als bei Nichtraucher*innen und sie steigt mit dem Grad der Tabakabhängigkeit. Dies betrifft vor allem Frauen, die insgesamt häufiger die Diagnose einer affektiven Störungen erhalten (Reynoso, 2005). In der Literatur herrscht weitgehend Konsens darüber, dass außerdem mehr Frauen als Männer rauchen, um negative Gefühle bzw. emotionale Situationen und Stress zu bewältigen (ebd.; Ward et al., 1997) und um negative Spannung oder negative Affekte zu reduzieren (Westmaas & Langsam, 2005). Es wird angenommen und durch einzelne Studien bestätigt, dass daher insbesondere psychosoziale Stress- und Krisensituationen für Frauen stärker rückfallkritisch sind als für Männer (Kröger & Gradl, 2010).

4.3.2 GEWICHTSZUNAHME / ANGST VOR GEWICHTSZUNAHME

Raucher*innen haben im Durchschnitt ein geringeres Körpergewicht als Nichtraucher*innen. Nikotin wirkt appetitzügelnd bzw. kann der Griff zu Zigarette bei Raucher*innen die Nahrungsaufnahme ersetzen. Vielfach wird in der Literatur insbesondere bei Frauen ein Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Tabakkonsum vermutet. So wird angenommen, dass Frauen zum einen häufiger als Männer rauchen, um ihr Gewicht zu kontrollieren, dass sie darüber hinaus als Folge des Rauchstopps stärker zunehmen als Männer und aus diesem Grund stärker rückfallgefährdet sind. Studienergebnisse zeigen hierzu ein inkonsistentes Bild. Nach dem Rauchstopp erhöht sich das Körpergewicht bei Frauen und Männer um etwa ein Kilogramm pro Monat während der ersten drei Monate. Danach reduziert sich die Gewichtszunahme und addiert sich auf insgesamt vier bis fünf Kilogramm nach einem Jahr Abstinenz (Aubin, Farley, Lycett, Lahmek & Aveyard, 2012). Frauen sind jedoch in höherem Maße als Männer davon überzeugt, ihr Körpergewicht durch Tabakkonsum kontrollieren zu können. Diese Einstellung bildet ein Hindernis, den Ausstieg zu versuchen (Shang, Chaloupka, Fong, Thompson, Siahpush & Ridgeway, 2015; Sohlberg, 2017). Auch eine Befragung der Teilnehmer*innen an Rauchfrei-Programmen des IFT zeigte, dass die Angst vor Gewichtszunahme bei Frauen eine größere Rolle spielt als bei den männlichen Teilnehmenden (Kröger & Gradl, 2010).

Die Angst vor Gewichtszunahme ist zwar zunächst kein Prädiktor für den Rückfall, wohl aber die tatsächliche Gewichtszunahme während des Rauchstopps. Männer, so das Ergebnis einer Untersuchung von Pisinger, Aadahl und Jørgensen (2007), machten sich unabhängig vom Rauchstatus generell we-

niger Gedanken um ihr Körpergewicht. Rauchende Männer zeigten sich auch trotz Übergewicht weniger besorgt um ihr Körpergewicht. Frauen hingegen, die aufgehört hatten zu rauchen und normalgewichtig waren, hatten eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit wie Niemalsraucherinnen, besorgt um ihr Gewicht zu sein. Jeder dritte Raucher und jede zweite Raucherin gaben an, einen früheren Aufhörversuch aus Gründen der Gewichtszunahme abgebrochen zu haben. Reynoso et al. (2005) gehen davon aus, dass Frauen, die weniger besorgt um ihr Gewicht sind, eher bereit sind, eine (vorübergehende) Gewichtszunahme durch den Rauchstopp zu akzeptieren. Es sind also möglicherweise vielmehr die Einstellungen zum eigenen Körpergewicht und gegenüber einer Gewichtszunahme, die im Rauchverhalten und Entwöhnungsgeschehen eine Rolle spielen.

4.4 ZUSAMMENFASSUNG

Im vierten Kapitel wurden die epidemiologische Daten zum Ausstiegsgeschehen präsentiert und zentrale Aspekte des Ausstiegs beleuchtet. Grundlage für die Tabakentwöhnung und für die Entwicklung von Angeboten, die Ausstiegswillige unterstützen sollen, bilden diejenigen Theorien, die Rauchen als erlerntes Verhalten verstehen, das durch Verstärkungsprozesse, die auch in der neurophysiologischen Wirkung des Nikotins begründet sind, geprägt wird. Für die Effekte des Nikotinentzugs und die Prädiktoren für den Erfolg bzw. Mißerfolg des Ausstiegsversuchs konnten vereinzelt Geschlechterunterschiede ermittelt werden, die sich in erster Linie auf Effekte der unterschiedlichen hormonellen Situation von Frauen und Männern beziehen. Jenseits davon liegen eher inkonsistente Erkenntnisse vor und es wurde deutlich, wie groß die Forschungslücken in diesem Bereich sind. Gleichzeitig würden entsprechende Erkenntnisse hilfreiche Hinweise für die gendersensible Konzipierung von Tabakentwöhnungsangeboten liefern. Im nächsten Kapitel, welches die theoretischen Grundlagen und zentralen Elemente der Tabakentwöhnungsangebote aufbereitet, werden diese Aspekte vertieft.

5 THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER TABAKENTWÖHNUNG

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen des Forschungsthemas dargelegt und die beiden theoretischen Stränge zusammengeführt. Zum einen handelt es sich um die der Tabakentwöhnung zugrundeliegenden Theorien und Konzepte der kognitiven Verhaltenstherapie. Die theoretisch relevanten Kernelemente der Verhaltensänderung: Selbstwirksamkeitserwartung, soziale Unterstützung, Coping und kognitive Umstrukturierung, finden sich unter unterschiedlichen Begrifflichkeiten in den verschiedenen Verhaltens- und Bewältigungstheorien wieder. Diese werden in Kapitel 5.1 jeweils umrissen und auf die Tabakentwöhnung bezogen dargestellt. Sofern Erkenntnisse zu Geschlechterunterschieden vorliegen, werden diese in die Ausführungen eingebunden. Das Kapitel 5.2 widmet sich den verschiedenen Theorien und Modellen aus der Sozial- und Gesundheitspsychologie, die Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten beschreiben und erklären, dass Verhalten das Ergebnis spezifischer Prozesse ist. Zu diesen auch als *kontinuierliche Modelle* bezeichneten Entwürfen zählt u.a. die in Kapitel 3.3 dargestellte Lerntheorie von Bandura³¹. Darüber hinaus liegen sog. *Stadienmodelle* vor, die den Prozess der Verhaltensänderung fokussieren (Prochaska & Velicer, 1997). Hierzu gehören bspw. das *Transtheoretische Modell* [TTM] von J.O. Prochaska und C.C. DiClemente und das *Sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns* [HAPA] von Ralf Schwarzer (Schwarzer, 2008). In der Tabakentwöhnung und der Entwicklung bzw. Umsetzung von Interventionen wird jedoch meist auf das TTM rekurriert (Kröger & Piontek, 2011), weshalb es in Kapitel 5.2.2 näher beschrieben wird. Letztlich steht im Fokus der Tabakentwöhnung, nicht nur den Rauchstopp vorzubereiten und erfolgreich umzusetzen, sondern kurz- und langfristig abstinent zu bleiben. Interventionen orientieren sich außerdem am Rückfallmodell von Marlatt und Gordon, das in Kapitel 5.2.3 vorgestellt wird.

Der zweite theoretische Strang der Forschungsarbeit sind Geschlechtertheorien. Es soll gezeigt werden, wie Substanzkonsum mit Geschlecht verknüpft ist. Ausgehend von der Annahme, dass Geschlecht sozial konstruiert ist, zeigt Kapitel 5.3, dass die geschlechtsbezogene Identität im Alltag fortlaufend (re-)konstruiert wird und aus dieser Perspektive Substanzkonsum der (Re-)Inszenierung von Geschlechtlichkeit dient.

5.1 THEORETISCH RELEVANTE ELEMENTE DER TABAKENTWÖHNUNG

Die theoretische Grundlage der aktuellen Tabakentwöhnung ist die kognitive Verhaltenstherapie. Ihre Techniken werden auch im Rahmen von Tabakentwöhnung angewendet: Verhaltensanalysen, Selbstbeobachtung, Verhaltenskontrolle, Entwicklung von Verhaltensalternativen, kognitive Um-

³¹ Kapitel 3.3 enthält Ausführungen zu Theorien und Modellen der Ätiologie des Rauchens.

strukturierung, Verfahren zum Umgang mit Stress, Erarbeiten von sozialer Unterstützung, Rollenspiele, Entspannungstechniken sowie Selbstkontrolltechniken. Diese Elemente finden sich in fast allen strukturierten verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungskonzepten im Einzel- oder Gruppentherapie setting wieder (AWMF, 2015).

5.1.1 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Für das Konzept der sozialen Unterstützung liegt eine Vielzahl von Definitionen und Operationalisierungen vor (Klauer, 2009). Je nach theoretischem Hintergrund und Forschungstradition wird soziale Unterstützung mit unterschiedlichen Konstrukten hinterlegt. Insbesondere gilt es, die quantitative von der qualitativen Perspektive abzugrenzen, weshalb im Folgenden eine kurze Erläuterung der relevanten Begrifflichkeiten *soziales Netzwerk* und *soziale Unterstützung* vorgenommen werden soll.

Der Begriff *soziales Netzwerk* stellt die quantitative Perspektive auf soziale Beziehungen dar. Gemeint ist hier das informelle, alltägliche Hilfesystem, das aus Familie, Freund*innen, Bekannten usw. besteht und im Bedarfsfall adressiert wird. In Abgrenzung zum professionellen und institutionalisierten Hilfesystem wird es auch als Laiensystem bezeichnet. Dimensionen der sozialen Netzwerke unterscheiden Berkman, Glass, Brissette und Seeman (2000) nach:

- Größe oder Spanne von Netzwerken (Anzahl der Personen in einem Netzwerk)
- Dichte (Intensität, d.h. Dauer, Frequenz und Art der Kontakte)
- Verpflichtetheit (Verbreitung traditioneller Gruppenstrukturen innerhalb des Netzwerks, z.B. Verwandtschaft, berufliche und nachbarschaftliche Kontakte)
- Homogenität (Ausmaß der Ähnlichkeit der Netzwerkteilnehmer).

Der Grad der sozialen Einbettung bewegt sich zwischen zwei Polen: während soziale Integration die Eingebundenheit in ein soziales Netzwerk bezeichnet, meint soziale Isolation den Gegenpol. Zur Beschreibung der Eigenschaften sozialer Netzwerke werden eher quantitative und strukturelle Kriterien herangezogen. Soziale Netzwerke bilden gleichsam die Voraussetzung für soziale Interaktionen bzw. das Geben und Erhalten sozialer Unterstützung. Im Unterschied hierzu bezieht sich *soziale Unterstützung* auf die qualitativ-funktionalen Aspekte sozialer Beziehungen (Faltermaier, 2017). Sie wird definiert als Interaktion zwischen zwei oder mehreren Personen, bei der es darum geht, „*einen Problemzustand, der bei einem [oder einer, Anm. der Verf.] Betroffenen Leid auslöst, zu verändern oder, falls das nicht möglich ist, zumindest das Ertragen dieses Zustands zu erleichtern*“ (Schwarzer, 2004: 177). Es handelt sich also um eine subjektive Erfahrungsqualität der positiven Verbundenheit mit anderen Menschen und des Eingebundenseins in ein verlässliches Netzwerk. Von Bedeutung sind daher weniger quantitative Aspekte wie die Anzahl der unterstützenden Personen, sondern die Qualität der Interaktion (s. Tabelle 2).

Soziale Unterstützung kann verschiedene Formen und damit verknüpft verschiedene Funktionen für die Empfangenden haben:

- Emotionale Unterstützung beinhaltet Empathie, Wertschätzung, Fürsorge, Vertrauen, Trost und Zuspruch. Sie findet in persönlichen Gesprächen statt, in denen z.B. auch Schwierigkeiten, Ängste und Zweifel bezüglich des Rauchstopps thematisiert werden können;
- instrumentelle Hilfeleistung meint direkte Hilfeleistungen oder auch indirekte praktische Unterstützung wie z.B. Fahrdienst zum Entwöhnungskurs;
- informationelle Hilfe bedeutet die Übermittlung von relevanten Informationen, die zur Lösung des Problems beitragen können wie z.B. Informationen über Angebote und Hilfsmittel zur Tabakentwöhnung;
- evaluative Unterstützung bezieht sich auf Informationen, die dem*r Empfangenden eine bessere Einschätzung ihrer selbst ermöglichen, wie z.B. eine kritische Rückmeldung zum Rauchverhalten³² (House, 1983).

Die Forschung zur sozialen Unterstützung differenziert außerdem nach der Quelle der Unterstützungsleistung, ihrer Intensität, Verfügbarkeit und Effektivität (Klauer, 2009).

Tabelle 2: Systematik sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke (eigene Darstellung)

<i>Soziale Unterstützung</i>	<i>Soziales Netzwerk</i>
Qualitativ-funktional	Quantitativ-strukturell
Qualität der Interaktion	Soziale Integration/soziale Isolation
Klassifikation: <ul style="list-style-type: none"> • Emotional • Instrumentell • Informationell • Evaluativ 	Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> • Größe oder Spanne • Dichte • Verpflichtetheit • Homogenität

Es stellt sich die Frage, wann eine Interaktion soziale Unterstützung darstellt, ob also die Absicht des*r Helfenden auch bedeutet, dass die soziale Handlung von dem*r Rezipient*in als hilfreich bewertet wird (Schwarzer, 2004). Dunkel-Schetter, Blasband, Feinstein und Bennett (1992) haben mit verschiedenen Zugangswegen eine Systematik dieses Forschungsfeldes vorgelegt. Demnach lässt sich soziale Unterstützung aus drei verschiedenen Perspektiven betrachten: Handelnde*r, Empfänger*in und Beobachtende*r. Aus Sicht der Handelnden, also derjenigen, die soziale Unterstützung leisten, ist entscheidend, welche Intention ihrem Handeln zugrunde liegt und ob ein Unterstützungsversuch

³² Die evaluative Unterstützung findet im Unterschied zu den ersten drei Formen oftmals keine Berücksichtigung bei der Konzeptualisierung sozialer Unterstützung.

unternommen wird. Die Interaktion kann von dem*r Empfänger*in jedoch unabhängig von der Absicht des*r Handelnden als mehr oder weniger unterstützend wahrgenommen werden, was bedeutet, dass eine Handlung erst durch die Wahrnehmung und Interpretation einer positiven Wirkung seitens der empfangenden Person zu einer Unterstützungs*interaktion* wird. Die beobachtende Perspektive erschließt die Kognitionen der beiden Akteure. Im Idealfall stimmen alle drei Perspektiven überein, was allerdings nicht oft der Fall ist (Schwarzer, 2004).

Der Wirkmechanismus sozialer Unterstützung ist sowohl direkter als auch indirekter Art. In zahlreichen Laborstudien konnte ermittelt werden, dass soziale Unterstützung unabhängig von Belastungen einen direkten Effekt auf die körperlichen Systeme hat (Ditzen & Heinrichs, 2007). Indirekt wirkt soziale Unterstützung im Sinne eines Puffereffekts am stärksten unter Stressbedingungen und kann die negativen Folgen von Stress auf die Gesundheit abfedern (ebd.; Knoll & Schwarzer, 2005). Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass soziale Unterstützung mit belohnungsrelevanten, angstreduzierenden Strukturen und Transmittersystemen assoziiert ist, die wiederum die körperliche Stressreaktivität wirksam reduzieren können (Ditzen & Heinrichs, 2007). Der positive Effekt sozialer Unterstützung auf die Gesundheit gilt seit Jahrzehnten als belegt. Eine Vielzahl von Studien konnte zeigen, dass die Eingebundenheit in ein positives, soziales Netzwerk nicht nur die Gesundheit fördert, sondern auch im Fall von Problemen und Krisen entscheidend für deren gelingende Bewältigung ist. Gleichwohl sind die genauen Mechanismen dieser Wirkung noch weitgehend unklar (Faltermaier, 2017). Ausgehend von Stressbewältigungstheorien stellen soziale Beziehungen und die damit verbundene soziale Unterstützung eine Ressource dar, die nicht erst als konkrete Unterstützungsleistung im Problemfall von Bedeutung ist, sondern darüber hinaus bereits für die Bewältigung von Herausforderungen relevant sind. Denn Situationen werden in ihrer Belastung und Bedrohlichkeit, je nachdem, welche Ressourcen zu ihrer Bewältigung zur Verfügung stehen, subjektiv als positiv, irrelevant oder potenziell negativ eingeschätzt (Lazarus & Folkman, 1984). Ein ausreichendes Maß an sozialer Unterstützung wirkt sich in diesem Sinne positiv auf die Einschätzung der Bewältigbarkeit der potenziell stressauslösenden Situationen aus.

Eine Schwierigkeit im Umgang mit dem Begriff soziale Unterstützung besteht darin, dass er positiv konnotiert ist und per se mit einer positiven Wirkung assoziiert wird (Schwarzer, 2004). Da – wie empirische Befunde zeigen – soziale Unterstützung scheitern oder auch negative Wirkung haben kann (Dunkel-Schetter et al., 1992), der Begriff aber in der Literatur etabliert ist, schlägt Schwarzer vor, ihn zumindest ambivalent zu definieren: „*soziale Unterstützung kann als Spezialfall von sozialer Interaktion angesehen werden, der sowohl positive wie auch negative Wirkungen hervorrufen kann*“ (Schwarzer, 2004: 179).

In der Phase der Tabakentwöhnung kann das soziale Netzwerk für den*die Rauchaussteiger*in eine Ressource für Ermutigung, Unterstützung und Motivation darstellen. Gleichzeitig können soziale Kontakte jedoch stark mit dem Tabakkonsum und daher rückfallkritischen Situationen verbunden sein, sodass der*die Aufhörwillige wenig Unterstützung erfährt und sich in der Phase des Rauchstopps eher aus sozialen Kontakten zurückzieht. Die verschiedenen Formen sozialer Unterstützung in der Phase des Rauchstopps können sowohl innerhalb der Tabakentwöhnungsbehandlung als auch außerhalb, im sozialen Umfeld des*r Rauchaussteiger*in, erfolgen. Studien konnten zeigen, dass sich die Abstinenzraten signifikant erhöhen, wenn soziale Unterstützung Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung ist (Fiore et al., 2008), Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk vorhanden ist, peer-to-peer-Unterstützung in Ausstiegsforen, via Email oder Chatrooms genutzt wird oder auch Kurzinterventionen wie die Telefonberatung zum Nichtrauchen (Rauchertelefon/*Quitline*) in Anspruch genommen werden (Westmaas, Bontemps-Jones & Bauer, 2010).

Von Bedeutung sind insbesondere zwei Formen der Unterstützung:

- Praktische Beratung (Vermittlung von Problemlösungsstrategien, Förderung der Bewältigungskompetenz),
- Emotionale Unterstützung und Ermutigung.

Unterschieden wird außerdem zwischen abstinenzspezifischer, d.h. auf den Ausstieg gerichteter und unspezifischer/ allgemeiner Unterstützung (ebd.). Emotionale Unterstützung ist dann abstinenzspezifisch, wenn sie bspw. der*m Ausstiegswilligen Gelegenheit gibt, über die Schwierigkeiten der Tabakabstinenz zu sprechen und die damit verbundenen Gefühle auszudrücken. Unspezifisch ist emotionale Unterstützung dann, wenn sie Stärkung und Beruhigung vermittelt und so zur Bewältigung des Tabakausstiegs beiträgt (Mermelstein, Cohen, Lichtenstein, Baer & Kamarck, 1986). Instrumentelle abstinenzspezifische Unterstützung würde z.B. Nikotinersatzpräparate oder einen Fahrdienst zum Entwöhnungskurs beinhalten. Allgemeinere instrumentelle Unterstützung könnte die Hilfe bei täglichen Arbeiten oder gemeinsame Aktivitäten zur Ablenkung von Entzugssymptomen umfassen. Insbesondere emotionale Unterstützung – ob abstinenzspezifisch oder allgemein – beinhaltet wegen ihrer stressreduzierenden Wirkung ein großes Potenzial im Rahmen von Tabakentwöhnung (Westmaas et al., 2010). Die bezogen auf den Ausstiegserfolg effektivste soziale Unterstützung erhalten Ausstiegswillige in der Tabakentwöhnungsbehandlung (Fiore et al., 2008), wobei hinsichtlich der Form der sozialen Unterstützung zwischen Einzel- und Gruppenprogrammen unterschieden werden muss. In Gruppenprogrammen unterstützt die Kursleitung inner- und außerhalb der Sitzungen, indem sie bspw. am Tag nach dem gemeinsamen Rauchstopp bei den Teilnehmenden anruft und ein Gespräch über die aktuelle Befindlichkeit und evtl. Schwierigkeiten anbietet. Selbstständig Entwöhnende bezie-

hen soziale Unterstützung hauptsächlich aus ihrem privaten oder beruflichen sozialen Umfeld. In der Paarbeziehung bewerten Rauchaussteiger*innen und Empfänger*innen sozialer Unterstützung diejenigen Interaktionen positiv, bei denen der*die Partner*in sein* ihr Vertrauen in die Fähigkeit, abstinenz zu bleiben, ausdrückt und dabei behilflich ist, Ersatz für Zigaretten zu finden. Als negativ wird hingegen klassifiziert, wenn der*die Partner*in den Tabakkonsum kritisiert und auf den Rauchstopp drängt (Cohen & Lichtenstein, 1990). Für einen günstigen Verlauf der Entwöhnung, so die Autor*innen, sollten die positiven Verhaltensweisen überwiegen.

Die Literatur gibt keine klare Antwort auf die Frage, ob soziale Unterstützung im Entwöhnungsprozess eine unterschiedliche Rolle für Frauen und Männer spielt und ob es geschlechtsbezogene Unterschiede hinsichtlich der Effektivität der verschiedenen Formen sozialer Unterstützung gibt. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass für den Rauchausstieg bedeutsam ist, wie stark das soziale Umfeld von Nicht- bzw. Raucher*innen dominiert ist. Dieser Effekt scheint sich für die Geschlechter unterschiedlich darzustellen. So scheinen Frauen stärker durch den negativen Einfluss, den das Zusammenleben mit einem Raucher auf den Ausstiegserfolg haben kann, beeinträchtigt zu sein (Reynoso et al., 2005). Sowohl für den kurz- wie auch den langfristigen Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit ist ein rauchender Partner für Frauen ein Prädiktor für den Rückfall (Batra, 2000). Auch über den Partner hinaus spielt das soziale Umfeld für Frauen eine größere Rolle im Hinblick auf die Abstinenzwahrscheinlichkeit als für Männer. So sind kurzfristige Entwöhnungserfolge von Frauen höher, wenn Freund*innen und Bekannte hauptsächlich Nichtraucher*innen sind (Minneker et al., 1989). Dieser Zusammenhang zeigt sich bei den Männern nicht und stellt sich hinsichtlich des langfristigen Erfolgs sogar umgekehrt dar. Für die aufhörenden Männer scheint es eher von Vorteil zu sein, von rauchenden Arbeitskollegen umgeben zu sein. Minneker et al. (ebd.) schließen daraus, dass Frauen von der Unterstützung durch andere stärker profitieren als Männer, dass diese Form der Unterstützung aber auch häufig ausbleibt. Männer hingegen, so wird weiter angenommen, seien stärker durch ihre Wettbewerbs- und Erfolgsorientierung motiviert, ihre Ausstiegsabsicht erfolgreich umzusetzen. Die männliche Rolle sei insgesamt stärker mit Autonomie und weniger mit sozialen Bindungen verknüpft als die weibliche, sodass das soziale Umfeld bei Männern eher relativ autonomes und bei Frauen eher sozial harmonisches Verhalten verstärke (ebd.). Als Grund hierfür werden Geschlechtsrollen gesehen (Helgeson, 2005), die Frauen Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit zuschreiben, während die Männlichkeitsnorm von Männern erwartet, sich unabhängig und unverwundbar zu geben. Die Suche nach und das Annehmen emotionaler Unterstützung widersprechen diesem traditionellen Bild von Männlichkeit. Diese Interpretation rekurriert auf traditionelle Geschlechterbilder, die in dieser Form vor allem für jüngere Generationen an Bedeutung und Gültigkeit eingebüßt haben und aufgeweichteren Geschlechtsrollen gewichen sind.

In die aktualisierte U.S.-amerikanische Leitlinie des Jahres 2008 wurde soziale Unterstützung aus dem Umfeld des*r Aufhörenden nicht mehr aufgenommen, da die Studienlage seit dem Jahr 2000 keinen starken positiven Effekt auf die Abstinenzfähigkeit zeigte (Fiore et al., 2008). Anders verhält es sich mit der sozialen Unterstützung, die von dem*r Behandler*in ausgehen sollte. Westmaas et al. (2010) argumentieren hingegen, dass zu wenige Erkenntnisse vorliegen, um die Frage, welche Art von sozialer Unterstützung hilfreich ist, zuverlässig zu beantworten. Sie plädieren für eine differenziertere Analyse, um herauszufinden, welche Faktoren die Effektivität sozialer Unterstützung beeinflussen. Einzelne Studien weisen darauf hin, dass die folgenden Variablen die Effektivität sozialer Unterstützung moderieren, die in Studien einzeln und in ihren Kombinationen jedoch bisher zu wenig Berücksichtigung finden:

- Quelle der Unterstützung (Behandler*in, Personen aus dem sozialen Umfeld, andere Aufhörwillige im Rahmen eines Entwöhnungskurses, Partner*in),
- Geschlecht des*r Rauchers*in und der Person, von der die Unterstützung ausgeht,
- andere soziodemografische Faktoren wie Alter, ethnische und kulturelle Zugehörigkeit,
- Persönlichkeitseigenschaften des*r Raucher*in,
- Zeitpunkt und Phase der sozialen Unterstützung (vor dem Rauchstopp, zu Beginn oder im weiteren Verlauf der Abstinenz).

Außerdem wäre zu ermitteln, welche Art der sozialen Unterstützung im Rahmen der Tabakentwöhnungsbehandlung genau hilfreich ist. Die in der Literatur weitgehend konsenterte Annahme, dass abstinenzspezifische informationelle soziale Unterstützung am wichtigsten ist, da sie Raucher*innen konkrete Hinweise gibt, was sie tun müssen, um mit dem Rauchen aufzuhören, ziehen die Autor*innen in Zweifel. Sie weisen darauf hin, dass es Aussteiger*innen gibt, für die der emotionale Aspekt sozialer Unterstützung genauso wichtig oder sogar wichtiger ist.

5.1.2 COPINGSTRATEGIEN

Unter Bewältigungs- oder Copingstrategien werden Vorgehensweisen verstanden, die der Bewältigung von internalen und externalen Anforderungen dienen; sie wurden vor allem im Zusammenhang mit Krankheits- und Stressbewältigung erforscht. Die Klassifizierung von Bewältigungsstrategien geht zurück auf die Arbeiten und das Stressmodell von Lazarus & Folkman (1984). Sie unterscheiden zwei theoriebasierte Funktionen von Coping: problemorientierte Copingstrategien, die sich auf das stressauslösende Problem beziehen, und emotionsorientierte Copingstrategien, die auf die Bewältigung der mit der belastenden Situation verbundenen Gefühle zielen. Die dazugehörigen Strategien problemorientierten Copings sind z.B. Entwurf eines Handlungsplans oder Planung des nächsten Schritt-

tes. Emotionsorientierte Strategien sind vielfältig und reichen von Ablenkung, Vermeidung und Leugnung des Problems bis zur Suche nach sozialer Unterstützung. Diese theoretische Unterscheidung von Copingstrategien ist anschlussfähig für andere Konzeptualisierungen von Coping. Jahrzehntelange Forschung in diesem Feld hat zu weiteren Differenzierungen und Klassifizierungen von Copingstrategien geführt. Folkman & Moskowitz (2004) geben in ihrem Review einen umfassenden Überblick über die unterschiedlichen Forschungszugänge der Messung und Operationalisierung von Coping sowie über die Herausforderungen der Copingforschung wie z.B. Messbarkeit und Messverfahren, Nomenklatur und Effektivität von Coping. Coping ist ein komplexer, multidimensionaler Prozess, auf den externe und interne Faktoren Einfluss nehmen und der mit der Regulierung von Emotionen insbesondere negativem Stress (*distress*) verbunden ist (ebd.). Forschungen, die seit den 1980er Jahren in diesem Feld durchgeführt wurden, bestätigten die Relevanz der Unterteilung in problem- und emotionsorientiertes Coping, zeigten jedoch auch, dass weitere Kategorien von Bewältigungsstrategien hinzugenommen werden müssen. Bedeutungsfokussiertes Coping umfasst diejenigen kognitiven Strategien, die durch Heranziehen von Werten, Überzeugungen und Zielsetzungen zu einer (positiven) Neubewertung der Bedeutung der stressauslösenden Situation führen. Um auch die soziale Dimension von Bewältigungsprozessen abzubilden, beinhaltet die Kategorie der sozialfokussierten Copingstrategien die Suche nach instrumenteller und emotionaler Unterstützung (Zautra, Sheet & Sandler, 1996).

Die theoretische Unterscheidung zwischen Problem- und Emotionsorientierung ist anschlussfähig für weitere Differenzierungen (Folkman & Moskowitz, 2004). So beschreibt Pearlin (1989) drei Klassen von Bewältigungsmöglichkeiten: (1) Veränderung der Situation (*stimulus-directed coping*), (2) Veränderung der Bedeutung der Situation (*appraisal-directed coping*) und (3) Beeinflussung der Stresssymptome (*response-directed coping*). Holahan, Moos und Schaefer (1996) differenzieren dann im Folgenden zwischen *approach* und *avoidance coping*, offensivem und defensivem Coping. Beim offensiven Coping wird aktiv versucht, Lösungen für das Problem zu finden und die Stressquelle, die Stresswahrnehmung und -bewertung sowie die verschiedenen Ebenen der Stressreaktionen aktiv zu beeinflussen. Defensives Coping beinhaltet Problemvermeidung, die Konzentration auf die Bewältigung der assoziierten Emotionen und den weitgehenden Verzicht auf eine offensive Auseinandersetzung.

Im Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung von Prochaska & DiClemente (vgl. Kapitel 5.2.2) werden eine Reihe von Verhaltensweisen beschrieben, welche die verschiedenen Stadien kennzeichnen und als Strategien der Verhaltensänderung verstanden werden können. Da sich die im Rahmen dieser Arbeit Interviewten jedoch alle im Handlungs- und Aufrechterhaltungsstadium befinden, erweist sich das Klassifikationssystem von Peter Schulz (2005) als besser geeignet für die Ein-

ordnung der Vorgehensweisen zur Bewältigung der Anforderungen im Kontext des Rauchstopps. Schulz kombiniert in seinem Klassifikationssystem sowohl die verschiedenen Ansatzpunkte (problemorientiert bzw. reaktionsbezogen) als auch die dazugehörigen grundlegenden Vorgehensweisen von Coping (offensiv bzw. defensiv) (s. Tabelle 3) und bietet damit die Möglichkeit, die Steuerung der Aufmerksamkeit in Form von Zuwendung zu oder Abwehr von der Quelle der Belastung einzuordnen.

Im Falle des vermeidenden Copings wird das Problem erkannt, die Person versucht jedoch, sich von der Stressquelle und der eigenen Stressreaktion zu distanzieren (Suls & Fletcher, 1985), sich abzulenken und nach außen ein emotional robustes Selbstbild zu präsentieren (Kohlmann, 1997). Es gibt verschiedene Formen der Wahrnehmungsabwehr der Stressquelle. Das Spektrum reicht von Leugnung bis hin zu weniger extremen Formen, wie z.B. Vermeidung rückfallkritischer Situationen. Ignorieren und Verleugnen können gezielt als Strategie eingesetzt werden. Die Bedeutung von Ereignissen wird so modifiziert, dass der Bedrohungsgrad der Ereignisse reduziert wird und das Ereignis hingenommen werden kann. Kaluza (1996) betont, dass bewußtes Akzeptieren nicht mit Resignation gleichzusetzen ist. Hilfreich sind vielmehr solche Bewertungen, die eine Entdramatisierung beinhalten. Möglichkeiten ergeben sich aus akzeptanzfördernden Selbstverbalisationen wie z.B. „*Anderen fällt der Ausstieg noch schwerer.*“ Um die körperlichen Stressreaktionen zu reduzieren, werden vor allem Möglichkeiten der passiven Beruhigung und Anregung wie z.B. Essen und Fernsehen gesucht. Ihr kurzfristiger Nutzen ist unbestritten, ob sie jedoch langfristig eine geeignete Strategie darstellen, wird bezweifelt. Die mit dem Stress verbundenen Emotionen werden kontrolliert und eher unterdrückt, meist mit der Absicht, einen bestimmten Eindruck von Selbstsicherheit und Kompetenz zu hinterlassen. Das für diesen Copingstil charakteristische Vermeidungsverhalten wird oft als inadäquate Bewältigungsstrategie qualifiziert. Diese Sichtweise ist problematisch, denn Vermeidung kann, bewußt gewollt und planvoll vollzogen, mit positiven Auswirkungen verbunden sein (Schulz, 2005).

Der offensive Copingstil ist demgegenüber gekennzeichnet von dem Versuch, die Stressquelle, -wahrnehmung, -bewertung und die verschiedenen Ebenen der Stressreaktionen aktiv zu beeinflussen (ebd.). Hierzu gehört planvolles Handeln, das sich nicht nur auf die Stressquelle selbst, sondern auch auf Umweltfaktoren und die gezielte Mobilisierung instrumenteller sozialer Unterstützung richten kann. Es wird versucht, die Stressquelle zu beeinflussen oder gar zu beseitigen, z.B. durch den Erwerb von Qualifikationen, um zukünftige Belastungen erfolgreich meistern zu können. Planvolles Handeln kann sich auf Umweltfaktoren, aber auch auf andere Personen beziehen; weiter kann die gezielte Mobilisierung instrumenteller sozialer Unterstützung von Bedeutung sein. Die Beschaffung von zusätzlichen, realistischen Informationen über die Stressquelle kann die planvolle Stressbeseitigung unterstützen, da sie oft eine adäquatere Beurteilung der Anforderungen ermöglicht und so übertriebenen Sorgen vorbeugen kann. Mittels einer neuen Stressbewertung werden Kontrollerwartungen

aufgebaut, Hoffnung auf Besserung erzeugt und dem Gefühl der Hilflosigkeit entgegengewirkt. Es soll die Erwartung entstehen, erfolgreich etwas tun zu können. Das gelingt nur mit einer positiven Um- und Neubewertung der Stressquelle. Diese Strategie ist vor allem dann angebracht, wenn Barrieren wie z.B. fehlendes Selbstvertrauen vorliegen, die es verhindern, einer beeinflussbaren Stressquelle offensiv zu begegnen. Spannungszuständen wird mit Aktivitäten (z.B. Entspannungsübungen, Belastungsausgleich, meditative Techniken, Yoga, Sport, Gartenarbeit, soziale Kontakte, anregende Freizeitaktivitäten) begegnet. Stresseemotionen werden abreagiert, was die sozialen Beziehungen belasten und gefährden kann. Das Mitteilen negativer Gefühle erfüllt die Funktion, andere über die bestehende Belastung zu informieren, was wiederum subjektiv befreiend und entlastend wirken kann. Ist kein Gesprächspartner vorhanden, so können Gedanken auch niedergeschrieben werden, z.B. in Form eines Tagebuches.

Tabelle 3: Klassifikation von Bewältigungsstrategien (eigene Darstellung in Anlehnung an Schulz, 2005)

Bewältigung erzielt über die Beeinflussung ...	Offensives Coping („approach“)	Defensives Coping („avoidant“)	
... der Stressquelle (stimulus-directed coping)	Planvolles Handeln zur Beeinflussung der Stressquelle	Bewusstes Vermeiden der Konfrontation mit der Stressquelle	Problemorientiert
... der Stresswahrnehmung (attention-directed coping)	Informieren über die Stressquelle	Verleugnen/Ignorieren oder Ausblenden der Stressquelle	
... der Stressbewertung (appraisal-focused coping)	Sich Mut machen durch Umbewerten	Akzeptieren durch Umbewerten	
... der körperlichen Stressreaktion (response-directed, palliatives Coping)	Aktive Beruhigung und Anregung	Passive Beruhigung und Anregung	Reaktionsbezogen
... des Stressausdrucks (response-directed, expressives Coping)	Stresseemotionen ausdrücken/ abreagieren/mitteilen	Stresseemotionen kontrollieren/ unterdrücken	

Die Frage, welcher Copingstil effektiver ist, kann nicht pauschal beantwortet werden. Die Passgenauigkeit (*goodness of fit*) wird wiederum davon bestimmt, wie eng sich die Auswahl von Copingstrategien an der Analyse des spezifischen Kontexts orientiert. Die relevante Unterscheidungsdimension ist hierbei die subjektive Einschätzung der Möglichkeiten der Einflussnahme und das Ausmaß der subjektiven Kontrollmöglichkeiten (Lazarus & Folkman, 1984). Dies zeigt auch die Meta-Analyse von Suls & Fletcher (1985). Die Autor*innen kommen darüber hinaus zu dem Schluss, dass bei kurzfristig stressauslösenden Ereignissen, die außerdem keine schwerwiegenden Auswirkungen haben, die Strategie der Vermeidung ein probates Mittel der Bewältigung sein kann. Im Unterschied dazu erfordern Ereignisse, die langfristige und gravierende Effekte haben können, eher offensive Copingstrategien.

Insgesamt wurden zur Frage, ob die Geschlechter sich in der Wahl der Copingstrategien grundsätzlich unterscheiden, seit den 1980er Jahren zahlreiche Studien durchgeführt. In der Literatur wurde und

wird vielfach angenommen, dass Männer eher problemorientierte Strategien einsetzen und von diesen auch stärker profitieren als Frauen. Umgekehrt sollen Frauen mehr emotionsorientierte Strategien nutzen und von diesen mehr profitieren als Männer (Helgeson, 2011; Kendel, Böhmer & Sieverding, 2004). Diese Annahme entspricht am ehesten den gängigen Geschlechterzuschreibungen, wird von Helgeson in ihrem Review (2011) aber als zu simplifizierend bewertet. Ihre Analyse zeigt, dass die breiten Kategorien der Copingstrategien verschiedene Strategien enthalten, von denen einige Geschlechterunterschiede zeigen. So suchten Frauen häufiger als Männer den Rat anderer, eine problemorientierte Strategie. Emotionsorientiertes Coping beinhaltet, über die mit dem Problem verbundenen Gefühle zu sprechen – ein Verhalten, das typischerweise Frauen zugeordnet wird. Vermeidung und Ablenkung werden wiederum eher Männern zugeschrieben, sind jedoch ebenfalls Verhaltensweisen, die dem emotionsorientierten Coping dienen. Die Kategorien sind also nicht ganz trennscharf bzw. lassen sich nicht eindeutig als *männlich* oder *weiblich* klassifizieren. Insgesamt nehmen die Geschlechterunterschiede in den letzten zwanzig Jahren jedoch ab bzw. werden weniger konsistent, was Matud (2004) auf Veränderungen der Geschlechtsrollen und -zuschreibungen und die damit verbundene Angleichung der Lebensstile der Geschlechter zurückführt.

5.1.3 SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*) bzw. das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung [SWE] stammt aus dem Forschungsfeld der kognitiven Psychologie und wurde Ende der 1970er Jahre von Albert Bandura im Rahmen der sozial-kognitiven Lerntheorie entwickelt. Bandura (1969) ging davon aus, dass die Selbstwirksamkeit direkt und indirekt über die vermittelnden Faktoren Intentionsbildung, Handlungs-Ergebniserwartung und Einschätzung von Hindernissen bei der Umsetzung des Zielverhaltens auf das Verhalten wirkt. Die SWE bezeichnet im Wesentlichen eine persönliche Überzeugung, gewünschte Handlungen mit Hilfe eigener erworbener Kompetenzen ausführen zu können bzw. die Fähigkeiten zu besitzen, auftretende Probleme zu bewältigen. Im Vordergrund stehen dabei weniger objektive Ressourcen als vielmehr subjektive Überzeugungen: „*Perceived self-efficacy is concerned not with the number of skills you have, but with what you believe you can do with what you have under a variety of circumstances*“ (Bandura, 1997: 37).

Menschen mit einer hohen SWE glauben daran, den Großteil schwieriger und herausfordernder Situationen selbstständig bewältigen zu können und weisen einen starken Glauben an die eigene Kompetenz auf. Wird die angestrebte Leistung nicht vollbracht, wird dies meist äußeren Faktoren und nicht dem eigenen Unvermögen zugeschrieben, was dazu führt, dass häufig weitere Bewältigungsversuche unternommen werden (Schwarzer, 2004). Menschen mit einer geringen SWE hingegen verarbeiten Misserfolge und Rückschläge, indem sie deren Ursache in ihrer eigenen Person su-

chen und finden. Sie versuchen, generell Herausforderungen und insbesondere Misserfolge zu vermeiden und unternehmen deswegen häufig keinen zweiten Versuch, sollte der erste gescheitert sein. Nur eine hohe SWE liefert die Motivation, Ziele auch gegen Hindernisse und Widerstände weiter zu verfolgen. Die SWE wird als einer der wichtigsten Prädiktoren für eine Verhaltensänderung gesehen (ebd.). Demnach wirkt sich das Ausmaß der SWE darauf aus, ob überhaupt eine Absicht zur Verhaltensänderung gebildet wird, die Ausdauer für eine erfolgreiche Umsetzung und die Fähigkeit zum Umgang mit Misserfolgen vorhanden sind und ob das erfolgreich veränderte Verhalten aufrechterhalten werden kann.

Die SWE erweist sich als eine „*der wirkmächtigsten Kognitionen*“ (Egger, 2011: 44) bei Verhaltensänderungen und findet sich daher in fast allen neueren einschlägigen Theorien. Das Konzept der SWE weist Parallelen zu Elementen in anderen Verhaltenstheorien auf, wie z.B. der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle in der *Theorie des geplanten Verhaltens* von Ajzen und Fishbein (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1991) und den *Kontrollüberzeugungen* in der *Sozialen Lerntheorie* (Rotter, 1966). Es wurde in zahlreichen Handlungsfeldern angewendet und in einer großen Zahl von Studien empirisch überprüft und weiterentwickelt (Schwarzer, 2004). Selbstwirksamkeitserwartungen können nach ihrem Schwierigkeitsgrad, ihrer Stärke und ihrer Allgemeinheit unterschieden werden. Der Schwierigkeitsgrad orientiert sich an der Anforderungssituation und die Stärke lässt sich daran ablesen, inwieweit wiederholte Misserfolge zum Abbau der SWE führen. Während allgemeine oder generalisierte SWE situationsunspezifisch sind und sich auf die Bewältigung allgemeiner Probleme und Anforderungen richten, bezieht sich die situationsspezifische SWE auf konkrete Anforderungen und Situationen, wie z.B. mit dem Rauchen aufhören zu können (Egger, 2011). Im Zusammenhang der Tabakentwöhnung könnte als abstinentenspezifische SWE formuliert werden: „*Ich werde auch dann dem Drang zu rauchen widerstehen, wenn ich mich angespannt und nervös fühle.*“ Gleichsam dazwischen ist die *bereichsspezifische SWE* verortet; diese bezieht sich auf bestimmte Lebensbereiche, wie z.B. das Berufsleben, und Verhaltensweisen wie etwa Sport- oder Ernährung (Schwarzer, 2004).

Die Erwartung der Selbstwirksamkeit kann mit dem Individuum oder einem Kollektiv verbunden sein (Bandura, 1997). Bei der *kollektiven Selbstwirksamkeit* handelt es sich um die von einer Gruppe geteilte Überzeugung in ihre gemeinsamen Fähigkeiten, die notwendigen Handlungen zu organisieren und auszuführen, um bestimmte Ziele zu erreichen. Diese gilt dabei nicht bloß als die Summe der individuellen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der einzelnen Gruppenmitglieder, sondern ergibt sich aus der Kombination und Koordination der verschiedenen individuellen Ressourcen zu einem gemeinsamen Wirkungspotenzial (Schwarzer, 2004). In Kursen zur Tabakentwöhnung wird wahrgenommene kollektive Selbstwirksamkeit außerdem von Faktoren wie der Anforderungssituation, der Quali-

tät der Kursleitung und der Gruppenkohäsion beeinflusst. Schwarzer (1992; 2008) unterscheidet in seinem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns *Health Action Process Approach* [HAPA] verschiedene Formen von Selbstwirksamkeit. In der motivationalen Phase gilt die *Handlungs-Selbstwirksamkeit*, d.h. das Vertrauen, das angestrebte Verhalten trotz aller vorhersehbaren Hindernisse ausführen zu können, als wichtige Voraussetzung für die Bildung der Absicht zur Verhaltensänderung, wie z.B. zum Rauchstopp. In der volitionalen Phase hingegen bezieht sich die *Aufrechterhaltungs-Selbstwirksamkeit* auf die Überzeugung, das angestrebte Verhalten, etwa die Abstinenz, langfristig aufrechterhalten zu können; die *Wiederherstellungs-Selbstwirksamkeit* umfasst das Vertrauen in die Fähigkeit, das angestrebte Verhalten wieder umsetzen zu können, auch wenn es zu Unterbrechungen gekommen ist, also bspw. angesichts von Rückfällen wieder abstinenter sein zu können. Mit seinem Modell differenziert Schwarzer die Selbstwirksamkeit je nach den Herausforderungen in den verschiedenen Phasen des Verhaltensänderungsprozesses. In Anlehnung an das HAPA-Modell kann sich die SWE also auf drei Aspekte beziehen: a) die Bildung der Absicht mit dem Rauchen aufzuhören; b) die Aufrechterhaltung der Abstinenz in der Phase des Rauchstopps und c) den Umgang mit rückfallkritischen Situationen, d.h. die Wiederaufnahme des Zielverhaltens nach einem Rückfall (Schwarzer, 2004; Marlatt & Gordon, 1985).

Zum Zusammenhang von SWE und erfolgreicher Tabakentwöhnung liegen zahlreiche Studien vor, die zeigen konnten, dass Menschen, die ein hohes Maß an Vertrauen in ihre Abstinenzfähigkeit haben, der Tabakausstieg häufiger gelingt (Baldwin et al., 2006; Chouinard & Robichaud-Ekstrand, 2007; Spek, Lemmens, Chatrou, van Kempen, Pouwer & Pop, 2013) und diese nach einem Rauchstopp weniger häufig rückfällig werden als Menschen mit niedriger abstinenzspezifischer Selbstwirksamkeit (Conditte & Lichtenstein, 1981). Bei der Interpretation der Ergebnisse der verschiedenen Studien ist allerdings zwischen kurz- und langfristiger Abstinenz zu differenzieren. Schwarzer (2004) kommt zu dem Schluss, dass die Selbstwirksamkeitserwartung vor einem Rauchstopp nur einen geringen Vorhersagewert für das Abstinenzverhalten hat. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Selbstwirksamkeit durch Erfolge im Entwöhnungsprozess steigt (Jäkle, Keller, Baum & Basler, 1999). Es muss also unklar bleiben, ob gefundene Zusammenhänge tatsächlich Prädiktoren sind oder die höhere Selbstwirksamkeit eine Folge des Entwöhnungserfolges ist (Minneker, 1991). Conditte und Lichtenstein (1981) konnten einen Zusammenhang zwischen situationsspezifischer Selbstwirksamkeit und Rückfälligkeit ermitteln. Wenn die SWE in einer bestimmten Situation besonders niedrig war, so erfolgte der Rückfall mit großer Wahrscheinlichkeit in dieser oder einer ähnlichen Situation. Typische Situationen, die mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden sind, lassen sich in drei Gruppen zusammenfassen: a) positive soziale Situationen (feiern mit Freund*innen, ausgehen, gute Stimmung); b) negative affektive Zustände (sich gestresst, frustriert fühlen; familiäre Konfliktsituationen); c) Ge-

wohnheit/ Sucht (Verlangen nach einer Zigarette, Vermissen der Rauchgewohnheit) (Velicer, DiClemente, Rossi & Prochaska, 1990). In der Gesamtschau sind deutliche Zusammenhänge zwischen der SWE und dem erfolgreichen Tabakausstieg nachgewiesen. Unklar ist jedoch weitgehend die prädiktive Kraft der SWE. Auch ist offen, ob sich die beschriebenen Zusammenhänge für die Geschlechter gleichermaßen darstellen.

Nach Bandura (1997) speist sich die SWE aus vier Quellen, die gemäß der Stärke ihres Einflusses in eine Rangfolge gebracht werden können: (1) eigene Erfahrungen von Erfolg bzw. Misserfolg; (2) Beobachten erfolgreicher Modellpersonen (Modelllernen); (3) soziale Unterstützung durch Zuspruch und Ermutigung und (4) physiologische Reaktionen. Erfolgserlebnisse als wichtige Quelle der SWE unterliegen der subjektiven Bewertung und Attribuierung (Egger, 2011). Damit Erfolge als Verstärkung der SWE wahrgenommen werden, müssen sie den eigenen Fähigkeiten und Bemühungen zugeschrieben werden. Zielsetzung von Interventionen zur Unterstützung von Verhaltensänderungen wie Tabakentwöhnungskursen ist daher die Stärkung der SWE in den verschiedenen Phasen. Es bedeutet auch, dass Ziele so formuliert sein müssen, dass sie realistisch und erreichbar sind.

5.1.4 KOGNITIVE UMSTRUKTURIERUNG

Bis in die 1960er Jahre wurde angenommen, dass Menschen ungünstige Verhaltensweisen erlernen (durch klassische oder operante Konditionierung). An die Seite dieses behavioristischen Paradigmas trat die Grundannahme, dass Menschen sich in ihrer Umwelt selbst konstruieren und die Vorstellungen der Menschen ihr Erleben, ihre Bewertung und Interpretationen von internen und externen Ereignissen bestimmen. Dieses Umdenken in den 1960er/70er Jahren wird auch als kognitive Wende der Verhaltenstherapie³³ bezeichnet (Wilken, 2015). Seit den 1980er Jahren sind kognitive Therapiemethoden fester Bestandteil der Verhaltenstherapie. Ausgangspunkt sind Kognitionen, d.h. Wahrnehmungen, Interpretationen, Antizipationen, Erwartungen, Kernannahmen wie situationsübergreifende Einstellungen, Überzeugungen, Schemata sowie Selbstverbalisationen und Bewältigungssätze. Eine der wichtigsten Prämissen der kognitiven Perspektive geht auf den griechischen Philosophen Epiktet (um 55-135 n. Chr.) zurück: „*Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Vorstellungen von den Dingen*“ (Epiktet, 1984: 24).

Das kognitive ABC-Modell vermittelt die Zusammenhänge und Wirkung von Kognitionen (s. Abbildung 11). Demnach beschreibt A ein auslösendes Ereignis interner oder externer Art, real oder antizi-

³³ Die drei Hauptströmungen der kognitiven Therapien bildeten ab Ende der 1950er Jahre die *Rational-Emotive Therapie* von Albert Ellis, die *Kognitive Therapie* von Aaron Beck und das *Stressimpfungstraining* von Donald Meichenbaum. Allen gemeinsam sind ähnliche Grundhaltungen und grundsätzliche therapeutische Vorgehensweisen bei unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Heute sind die Ansätze so verwoben, dass sie kaum mehr zu trennen sind und daher von den *kognitiv-behavioralen Verfahren* gesprochen wird.

piert, z.B. den bevorstehenden Rauchstopp; B umfasst alle Kognitionen bezogen auf A, z.B. „*Das schaffe ich bestimmt nicht*“; C beinhaltet die emotionalen, körperlichen und Verhaltenskonsequenzen, die aus B folgen wie z.B. Angst, Unruhe, Anspannung. Kognitionen sind also gleichsam die moderierende Variable zwischen einem Ereignis und der Reaktion darauf.

Es wird zwischen funktionalen und dysfunktionalen Kognitionen unterschieden. Während unter funktionalen Kognitionen angemessene, realitätsnahe, hilfreiche und zielführende Kognitionen verstanden werden, zählen zu den dysfunktionalen Kognitionen unangemessene, nicht realitätsgerechte, selbstschädigende, nicht hilfreiche und nicht zielführende Kognitionen (Einsle & Hummel, 2015). Dysfunktionale Kognitionen tragen aus Sicht der kognitiven Therapien zu psychischen und Verhaltensstörungen bei (Wilken, 2015). Hoch & Kröger (2011) sprechen davon, dass der Tabakausstieg die Neubildung einer Identität als Nichtraucher*in erforderlich macht. Das Selbstverständnis als Raucher*in ist mit anderen Kognitionen verbunden als das einer*s Nichtrauchers*in.

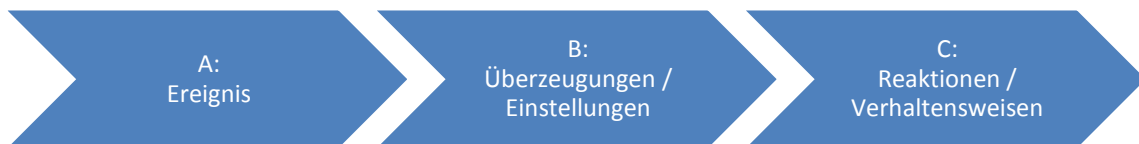


Abbildung 11: ABC-Modell der Kognitiven Umstrukturierung (eigene Darstellung)

Ziel der Kognitiven Umstrukturierung ist, bewußte und unbewußte Bewertungsmuster zu *entautomatisieren*, bewußt zu machen und zu reflektieren. Die Bearbeitung richtet sich darauf, alternative Denk- und Bewertungsmuster zu entwickeln und einzuüben, um so dysfunktionale durch hilfreiche Kognitionen zu ersetzen, die Selbstwirksamkeit zu stärken und das Verhalten positiv zu beeinflussen. Sie erfolgt im Rahmen eines therapeutischen Prozesses in fünf Schritten: (1) Vermittlung des Kognitiven Modells an Klient*in, (2) Identifikation dysfunktionaler Kognitionen, (3) Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen, (4) Erarbeiten funktionaler, zielführender Kognitionen und (5) Einüben der funktionalen, zielführenden Kognitionen (Wilken, 2015). Für jeden einzelnen Schritt und insbesondere die Schritte zwei bis fünf liegen differenzierte Techniken vor, die an dieser Stelle jedoch nicht weiter dargestellt werden. Festzuhalten ist jedoch, dass dieser Arbeitsprozess dem Setting anzupassen ist. Wilken (2015) orientiert ihre Ausführungen an einem therapeutischen Einzelsetting; während in diesem Rahmen eine ausführliche Bearbeitung möglich ist, werden die Schritte für Gruppenangebote der Tabakentwöhnung angepasst.

5.2 KONZEPTE DER TABAKENTWÖHNUNGSBEHANDLUNG

Die dargestellten Elemente sind in Prozessen der Verhaltensänderung wirksam und werden in unterschiedlichen Modellen und Theorien verarbeitet. In der Tabakentwöhnung kommen neben kognitiv-

verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Konzepten das TTM von Prochaska und DiClemente sowie das Rückfallmodell von Marlatt & Gordon zur Anwendung. Sie dienen einerseits der Erklärung der Prozesse und Dynamiken im Prozess der Tabakentwöhnung und andererseits der Entwicklung passgenauer Interventionen.

5.2.1 KOGNITIV-VERHALTENSTHERAPEUTISCHE TABAKENTWÖHNUNG

Grundlage für die Erklärung und die Behandlung der Tabakabhängigkeit sind kognitiv-behaviorale Theorien. Neben der physiologischen Wirkung der abhängigkeiterzeugenden Inhaltsstoffe des Tabaks handelt es sich demnach vor allem um erlerntes Verhalten, das im Rahmen der Entwöhnung wieder verlernt werden kann. Die eingesetzten kognitiv-affektiven Strategien zielen daher darauf, diesen Prozess der Verhaltensänderung zu fördern. Bisher liegt keine konsistente Terminologie für die Techniken der Verhaltensänderung (*behavioral change techniques*) (BCT), die in der Tabakentwöhnungsbehandlung eingesetzt werden, vor (Michie, Hyder, Walia & West, 2011). Verleiche der verschiedenen Behandlungsprogramme sowie Nachweise der Wirkung einzelner Bestandteile sind daher kaum möglich sind. Um die Entwicklung einer einheitlichen Taxonomie zu unterstützen, arbeiteten zwei Forschungsgruppen (ebd.; West, Evans & Michie, 2011) die Techniken der Verhaltensänderung, die im Rahmen der individuumszentrierten bzw. gruppenbasierten Tabakentwöhnung zum Einsatz kommen, induktiv aus vorhandenen Manualen heraus und klassifizierten diese im Hinblick auf ihre Funktionen in vier Gruppen: a) Förderung der Motivation durch Minderung der Häufigkeit und Intensität des Wunsches, das gewohnte Verhalten fortzusetzen, bei gleichzeitiger Verstärkung des Wunsches, das neue Verhaltensmuster aufrechtzuerhalten; b) Stärkung der Fähigkeit der Selbstregulierung; c) Förderung ergänzender Aktivitäten (z.B. Einsatz von NET, Nutzung von sozialer Unterstützung) und d) weitere Techniken der Verhaltensänderung (z.B. Reflektion des Rauchverhaltens und früherer Aufhörversuche, Umgang mit Entzugssymptomen). Ausgehend von der Problematik unterschiedlicher Begrifflichkeiten und der damit verbundenen Schwierigkeit, Wirkungen und Erfolgsfaktoren von Interventionen zu ermitteln, werden derzeit im deutschsprachigen Raum Wirkfaktoren aus psychotherapeutischen Interventionen abgeleitet und auf die Tabakentwöhnung übertragen (Kröger & Piontek, 2011):

- 1) Ressourcenaktivierung: Die Ressourcen und Stärken des*r Aufhörwilligen werden identifiziert, aktiviert und für den Ausstieg nutzbar gemacht.
- 2) Problemaktualisierung: Die Konfrontation mit dem eigenen Rauchverhalten und dessen positiven wie negativen Aspekten ermöglicht der*m Ausstiegswilligen neue Perspektiven und Erfahrungen, die Grundlage für den Veränderungsprozess bilden.

- 3) Problembewältigung: Entwicklung von Strategien zur Bewältigung des Tabakausstiegs und dadurch Stärkung der Handlungskompetenz und der Selbstwirksamkeitserwartung.
- 4) Motivationale Klärung: Erkennen und Verstehen der Bedingungsfaktoren des eigenen Konsumverhaltens fördert die Motivation zum Ausstieg aus dem Tabakkonsum.
- 5) Therapeutische Beziehung: Im Setting einer Einzelberatung wird hierunter eine positive Beziehung zwischen Klient*in und Berater*in verstanden. Der*die Berater*in sollte als vertrauenswürdig, fachlich kompetent und einfühlsam wahrgenommen werden. Die positive therapeutische Beziehung stellt eine zentrale Voraussetzung für die Wirksamkeit der Interventionen dar und wird darüber hinaus als Grundlage für die Wirksamkeit der übrigen Faktoren gesehen.

Kröger & Piontek (ebd.) nehmen an, dass insgesamt die Wirksamkeit von Interventionen davon abhängt, wie gut diese Wirkfaktoren im Beratungsprozess berücksichtigt und durch spezifische Interventionen umgesetzt werden.

Die Tabakentwöhnung wird als Prozess gesehen, der sich in verschiedene Phasen einteilt, die von der*dem Ausstiegswilligen durchlaufen werden müssen. Ähnlich wie im TTM handelt es sich hierbei um die Phase der Vorbereitung, der Beendigung des Tabakkonsums und der Stabilisierung (ebd.). Die spezifischen Interventionen orientieren sich an den o.g. Wirkfaktoren und dienen der Reflektion des eigenen Suchtverhaltens, der Motivationsförderung, der Förderung von Bewältigungskompetenzen und Problemlösestrategien.

Das *Rauchfrei-Programm* umfasst in der Regel sechs Gruppentreffen, denen eine Informationsveranstaltung vorausgeht (s. Tabelle 4) (Batra, 2005). In der Vorbereitungsphase sind die Hauptziele die Bildung der Motivation zum Ausstieg aus dem Tabakkonsum und die Förderung des Vertrauens in die eigene Abstinenzfähigkeit. In zwei Sitzungen werden neben der Vermittlung von Informationen zur Tabakabhängigkeit und ihrer gesundheitlichen Folgen Techniken zur Reflektion und Bewusstmachung der eigenen Konsummuster eingesetzt. Während der Rauchstopp in einer individuumszentrierten Behandlung individuell vereinbart werden kann, erfolgt der Rauchstopp in einer Gruppenintervention zu einem festgelegten Datum und die letzte Zigarette wird gemeinsam bei dem dritten Gruppentreffen geraucht (Phase der Beendigung des Tabakkonsums). Er markiert die Beendigung des Tabakkonsums und den Übergang in die Phase der Stabilisierung der Abstinenz. Im Vordergrund stehen der Ausstieg selbst und die Vorbereitung des rauchfreien Lebens. Durch Methoden des Selbstmanagements sollen die Raucher*innen darauf vorbereitet werden, Stimuli und Situationen, die mit dem Rauchen verbunden sind, zu kontrollieren. Außerdem lernen die Aufhörwilligen Techniken zur Bewältigung rückfallkritischer Situationen. Die Erarbeitung eines individuellen Belohnungssystems (z.B. das nicht für Zigaretten ausgegebene Geld ansparen oder gezielt für etwas ausgeben, das als Belohnung

dienen kann) soll als Selbstverstärkung für die erreichten Erfolge wirken. In dieser Phase wird auch soziale Unterstützung gezielt eingesetzt. Im Falle individueller Behandlung dient vor allem der*die Berater*in der sozialen Unterstützung, bei Gruppenangeboten werden die anderen Teilnehmer*innen als Quelle sozialer Unterstützung wahrgenommen. Außerdem vereinbart die Kursleitung mit jeder*m Teilnehmer*in zwei individuelle Telefontermine, um direkt nach dem Rauchstopp unterstützen zu können und die Zeit zwischen zwei Sitzungen zu überbrücken. Die Stabilisierungsphase als dritte Phase des Ausstiegs zielt auf die Aufrechterhaltung und Stabilisierung der erreichten Veränderungen sowie die Sicherung der Abstinenz. Die Rückfallprävention, der in dieser Phase eine besondere Bedeutung zukommt, basiert auf dem (ursprünglichen) sozialkognitiven Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (s. Kapitel 5.2). Sie enthält die vier Komponenten: (1) Identifikation von Situationen bzw. Umständen, die ein hohes Rückfallrisiko bergen, (2) Voraussicht, wann diese Situationen oder Umstände auftreten können, (3) Identifikation geeigneter Bewältigungsstrategien, um einen Rückfall zu vermeiden und (4) Einüben und Wiederholen dieser Strategien mit dem Ziel der Automatisierung als Antwort auf das Rauchverlangen. Ein weiteres wichtiges Thema und potentieller Rückfallgrund kann für Aussteiger*innen eine mögliche oder tatsächliche Gewichtszunahme sein, weshalb der Kenntnis von Möglichkeiten der Gewichtskontrolle in Form von Ernährungs- und Bewegungsberatung in dieser Phase besonderer Stellenwert zukommt. Da die Bewältigung von Stresssituationen oder negativen Affekten stark mit dem Rauchen assoziiert sein kann und entsprechende Situationen für viele Aussteiger*innen rückfallkritisch sind, werden Maßnahmen zur Stressreduktion und Techniken zur Stressbewältigung vermittelt und insgesamt die Änderung des individuellen Lebensstils zu einem rauchfreien Leben gefördert.

Auf der Ebene der Interventionen und Strategien zur Rückfallprävention haben seit einigen Jahren außerdem achtsamkeitsbasierte Ansätze (*Mindfulness-Based Relapse Prevention* [MBRP] an Bedeutung gewonnen (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011) und kommen in der Suchttherapie vielfach zum Einsatz (Bowen, Chawla & Marlatt, 2012). Sie unterscheiden sich insofern von kognitiven Restrukturierungsstrategien, die typisch für kognitiv-behaviorale Therapien sind, als MBRP auf die wertfreie Wahrnehmung von Gedanken oder Verlangen zielt. Aus dieser Perspektive wird Rauchverlangen als vorübergehende Empfindung, die keiner automatischen Reaktion bedarf, betrachtet (Hendershot et al., 2011). Konkret bedeutet dies, dass Rauchaussteiger*innen angeleitet werden, das Verlangen zu rauchen analog zu einer Welle im Ozean zu betrachten, die sich aufbaut, bricht und dann auflöst. Statt also von der Welle überwältigt zu werden, sollen Rauchaussteiger*innen, um im Bild zu bleiben, *auf der Welle surfen*, indem sie ihre Gedanken und Empfindungen betrachten, während das Rauchverlangen ansteigt und sich anschließend auflöst (ebd.). Erkenntnisse über die Effektivität dieser Methode auch aus Geschlechterperspektive liegen kaum vor. In ihrem Review identifizie-

Tabelle 4: Komponenten der Tabakentwöhnung nach Phasen des Ausstiegsprozesses (nach Kröger & Piontek, 2011, eigene Darstellung)

Phase	Inhalte und Methoden	Ziele
Vorbereitungsphase (Ziel: Einstellungs- änderung)	Wissensvermittlung (Informationen zu Tabak/-abhängigkeit, gesundheitlichen Folgen)	Verständnis der eigenen Tabakabhängigkeit
	Selbstbeobachtung (Beobachtung auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen des eigenen Tabakkonsums)	Reflektion und Bewusstmachung der eigenen Konsummuster
	Abbau von Widerständen und Förderung der Veränderungsbereitschaft (Motivierende Gesprächsführung z.B. Auflistung der Vor- und Nachteile des Rauchens und des rauchfreien Lebens, Erhöhung der Ambivalenz, kognitive Umstrukturierung)	Förderung der Motivation zum Rauchausstieg
Phase der Beendigung des Tabakkonsums (Ziel: Verhaltens- änderung)	Selbstmanagement (Maßnahmen zur Stimuluskontrolle, Selbstverstärkung durch Belohnung)	Verstärkung neuer Verhaltensweisen, Entkoppelung früherer Reiz-Reaktions-Ketten
	Kontingenzmanagement (Erarbeitung eines individuellen Belohnungssystems, positive materielle und soziale Verstärker)	Etablierung und Stabilisierung eines rauchfreien Lebens
	Aufbau von Problemlöse- und sozialen Fertigkeiten (gezieltes Antizipieren und Verändern von rückfallkritischen Situationen, kognitive Strategien zum Umgang mit negativen Gefühlen, Aufmerksamkeitslenkung, Achtsamkeitsübungen)	Bewältigen von rückfallkritischen Situationen
	Soziale Unterstützung (intern: Berater*in oder Gruppenmitglieder, extern: wichtige Bezugspersonen außerhalb der Intervention)	Soziale Unterstützung als Ressource für den Ausstieg nutzen
	Aversive Ansätze (i.S.v. Gegenkonditionierung, d.h. Verknüpfung des Tabakkonsums mit negativer Erlebnisqualität)	Positive psychotrope Wirkungen des Rauchens durch unangenehme Konsequenzen ersetzen
	Suggestionen (hypnotherapeutische Techniken sollen auf das Unterbewußtsein der Raucher*innen wirken)	Beeinflussung von Gedanken und Gefühlen, so dass Rauchen nicht mehr attraktiv erscheint
Stabilisierungsphase (Ziel: Aufrechterhaltung des Verhaltens)	Rückfallprävention (Identifikation von rückfallkritischen Situationen und Strategien zu deren Bewältigung, Einüben und Wiederholen dieser Strategien)	Aufrechterhaltung der Abstinenz
	Umgang mit Entzugserscheinungen und Rauchverlangen (Erarbeitung von Verhaltensstrategien, Anti-Craving-Strategien zum Umgang mit negativen Gefühlszuständen, evtl. NET)	Reduzierung des Rückfallrisikos
	Gewichtskontrolle (Psychoedukation, individuelle Ernährungs- und Bewegungsberatung)	Vermeidung einer Gewichtszunahme als mögliches Rückfallrisiko
	Maßnahmen zur Stressreduktion (Entspannungsverfahren, körperliche Aktivität, Achtsamkeitsübungen)	Aktive Bewältigung von Entzugssymptomen, Kontrolle der eigenen Stimmung- und Gefühlszustände
	Änderung des Lebensstils (Einstellungsänderungen, Entwicklung und Einüben von Handlungsalternativen zum Rauchen)	Einüben eines rauchfreien Lebensstils

ren Katz und Toner (2013) nur einzelne Studien, die Geschlecht als Variable berücksichtigen. Diese lassen zwar keine Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Effektivität von MBRP erkennen, zeigen aber, dass Frauen sich von diesem Angebot stärker angesprochen fühlen und stärker von diesen Interventionen profitieren.

5.2.2 TRANSTHEORETISCHES MODELL DER VERHALTENSÄNDERUNG

Das TTM von Prochaska und DiClemente bildet den Prozess der Verhaltensänderung von einem gesundheitsschädlichen zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten ab (Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska & DiClemente, 1983). Im Wesentlichen müssen dabei fünf aufeinander aufbauende Phasen durchlaufen werden. Auf das Stadium der Absichtslosigkeit (*Praecontemplation*) folgen die Phase der Absichtsbildung (*Contemplation*), der Vorbereitung (*Preparation*), der Handlung (*Action*) und der Aufrechterhaltung (*Maintenance*). In jedem Stadium müssen Einstellungs- und Verhaltensänderungen vorgenommen werden, um in die nächste Phase einzutreten. Übertragen auf das Rauchen bzw. den Ausstieg aus dem Tabakkonsum stellen sich die fünf Phasen wie folgt dar (s. Abbildung 12):

- Absichtslosigkeit: In dieser auch als „*stabiles Rauchen*“ bezeichneten Phase wird das eigene Rauchverhalten nicht kritisch reflektiert und es besteht keine Unzufriedenheit mit dem eigenen Rauchverhalten. Gründe zum Ausstieg und Gesundheitsrisiken des Rauchens werden nicht wahrgenommen und es besteht daher kein Interesse, die Rauchgewohnheiten zu verändern.
- Absichtsbildung: In diesem Stadium befinden sich Raucher*innen, die beabsichtigen, ihr Verhalten zukünftig zu ändern. Sie sind unzufrieden mit ihrem Rauchverhalten, erkennen die Nachteile des Tabakkonsums und beginnen, darüber nachzudenken, ihr Verhalten zu verändern. Die Vorteile einer Änderung des Rauchverhaltens werden erkannt. Es gibt jedoch noch keine Bereitschaft zum konkreten Handeln.
- Vorbereitungsstadium: Raucher*innen haben die konkrete Absicht ihr Rauchverhalten zu ändern – in der Regel wird dabei von einem Monat ausgegangen³⁴. Meist ist ein Plan zur Verhaltensänderung entworfen und es wurden erste vorbereitende Maßnahmen getroffen (z.B. Anmeldung zu einem Entwöhnungskurs, Anschaffung unterstützender Selbsthilfematerialien).
- Handlungsstadium: Raucher*innen haben ihr Konsumverhalten innerhalb der letzten sechs Monate geändert.

³⁴ Die angegebenen Zeiträume dienen lediglich der Operationalisierung und basieren auf empirischen Ergebnissen aus dem Bereich Rauchen. Tatsächlich können diese individuell unterschiedlich lang sein.

- Aufrechterhaltungsstadium: Das veränderte Rauchverhalten ist über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten aufrechterhalten worden. Die Schwierigkeit kann darin bestehen, Rückfällen vorzubeugen und nicht wieder in alte Verhaltensweisen zurückzufallen.

Demnach durchlaufen Raucher*innen verschiedene Phasen der (Un-)Zufriedenheit mit dem eigenen Rauchverhalten und der Motivation zur Aufrechterhaltung bzw. zum Ausstieg aus dem Tabakkonsum. Für eine langfristig erfolgreiche Verhaltensänderung müssen alle Stadien durchlaufen werden. Die Prozesse verlaufen jedoch nicht unbedingt linear, sondern es sind Stagnationen und auch Rückschritte in vorherige Phasen möglich. Außerdem kann der Zeitraum, den ein*e Raucher*in in einem Stadium verbringt, individuell unterschiedlich lang sein. Für die Tabakentwöhnung ist aus diesem Modell abzuleiten, dass die Zielgruppen nach den verschiedenen Phasen zu differenzieren und die Interventionsstrategien an die jeweilige Veränderungsbereitschaft anzupassen sind (Batra, 2001). Demnach ist in der Phase der Absichtslosigkeit zunächst darauf hinzuwirken, dass bei der*dem Raucher*in die Motivation geweckt wird, mit dem Rauchen aufzuhören. Dies geschieht bspw. durch das Aufzeigen der gesundheitlichen Risiken des Tabakkonsums sowie der zu erwartenden positiven Effekte des Tabakausstiegs. In der Phase der Absichtsbildung sind vor allem Informationen zur Wirksamkeit von Entwöhnungsmaßnahmen und zur Abstinenzwahrscheinlichkeit hilfreich.

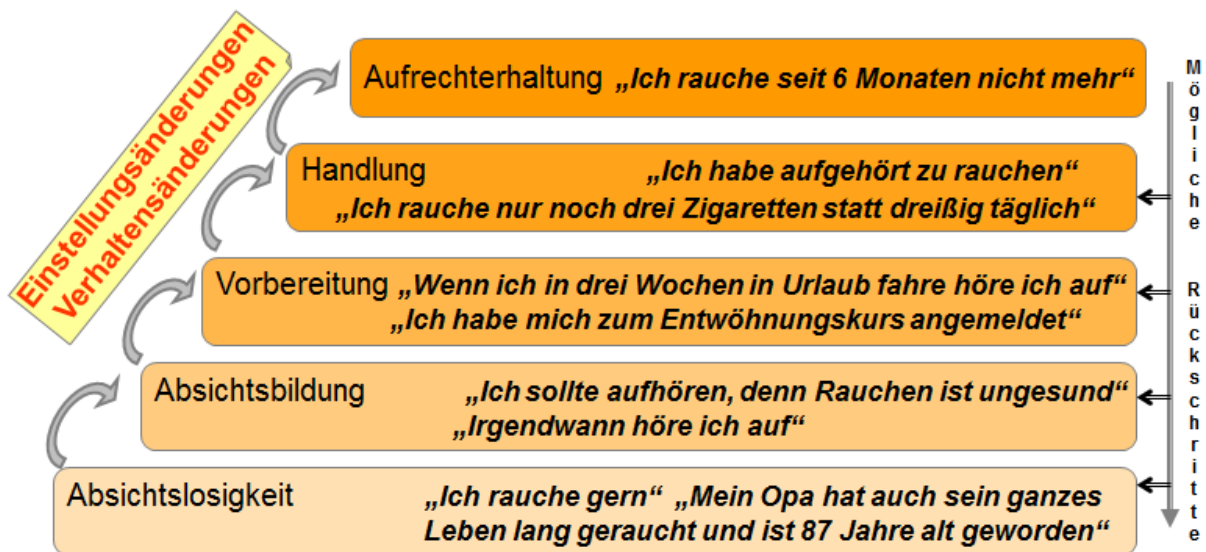


Abbildung 12: Fünf Stadien der Verhaltensänderung (stages of change) am Beispiel des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum (eigene Darstellung in Anlehnung an Prochaska & Velicer, 1997)

In jedem Stadium müssen Einstellungsänderungen vorgenommen werden, die dann in verändertes Verhalten münden. Die dazugehörigen Strategien lassen sich zwei Kategorien zuordnen: Einstellungsverändernde und verhaltensverändernde Strategien (Prochaska & Velicer, 1997) (s. Abbildung 13). So zielen kognitiv-affektive Strategien darauf ab, das Problembewusstsein für das Rauchverhalten zu schärfen, sich die gesundheitlichen Folgen für sich selbst und die soziale Umwelt bewusst zu machen

und Alternativen zum Rauchen zu entwickeln. Diese Strategien unterstützen vor allem die Absichtsbildung, während die verhaltensorientierten Strategien auf die Verhaltensänderung zielen. Hierzu werden das Rauchen unterstützende Reize und Situationen vermieden, soziale Unterstützung gesucht und Mittel zur Selbstverstärkung (Belohnung) eingesetzt. Ausschlaggebend für die langfristige Abstinenz ist der Einsatz der richtigen Veränderungsstrategien zum richtigen Zeitpunkt (ebd.).

Die Selbstwirksamkeitserwartung wächst mit jeder Stufe der Verhaltensänderung.

In dieser Forschungsarbeit haben die Interviewpersonen bereits die Ausstiegsabsicht gebildet sowie den Ausstieg vorbereitet und umgesetzt. Die Interviews geben daher Auskunft über Strategien, die vor allem in den letzten beiden Phasen zum Einsatz kommen. Hierzu gehören auf der kognitiven und Verhaltensebene die folgenden Vorgehensweisen:

- **Selbstneubewertung** bezeichnet die kognitive und emotionale Neubewertung der eigenen Person und beinhaltet die gedankliche Vorwegnahme der Vor- und Nachteile des Zielverhaltens. So wird z.B. die Identität als Raucher*in durch die als Nichtraucher*in ersetzt und der eigene, verbesserte Gesundheitszustand vorweggenommen.
- **Selbstverpflichtung** setzt voraus, dass die eigene Verantwortung für eine Veränderung erkannt wird und die Überzeugung besteht, dass man sich verändern kann. Die Selbstverpflichtung besteht darin, nach dieser Überzeugung zu handeln. Sie kann durch „Abmachungen“ mit anderen Personen verstärkt werden. So können Verpflichtungen gegenüber Dritten eingegangen werden und Verabredungen zum gemeinsamen Rauchstopp getroffen werden.
- **Nutzen hilfreicher Beziehungen** bedeutet, die Unterstützung von anderen Personen einzufordern. Nützlich kann die Erfahrung sein, Unterstützung zu erhalten sowie Verständnis und Akzeptanz zu erleben. Unterstützung kann aus dem sozialen Umfeld von Freund*innen oder Familie kommen, sie kann aber auch von professionellen Helfer*innen z.B. im Rahmen eines Entwöhnungsprogramms geleistet werden.
- **Gegenkonditionierung** beinhaltet, dass an die Stelle des Rauchens andere Aktivitäten als aktive Handlungsalternative treten. Hierzu gehört die alternative Gestaltung klassischer Konsumsituationen (Pausengestaltung, Kombination von Alkoholkonsum und Zigaretten) genauso wie der aktive Umgang mit Rauchverlangen, z.B. Stressabbau durch körperliche Aktivität.
- **(Selbst-)Verstärkung** umfasst Belohnungen für erwünschtes Verhalten bzw. Unterlassung des Problemverhaltens. Typisch in der Tabakentwöhnung ist das Ansparen des nicht für Zigaretten ausgegebenen Geldes. Belohnungen können auch durch andere Personen des sozialen Umfelds erfolgen.

- **Kontrolle der Umwelt** beschreibt Aktivitäten, die der abstinentzfördernden Umstrukturierung der Umgebung dienen. Hinweisreize („Auslöser“) für den Tabakkonsum (Zigaretten, Aschenbecher) werden entfernt und Anreize oder Erinnerungshilfen für ein rauchfreies Leben hinzugefügt (gesamte Wäsche waschen, damit alles gut riecht; Düfte einsetzen).

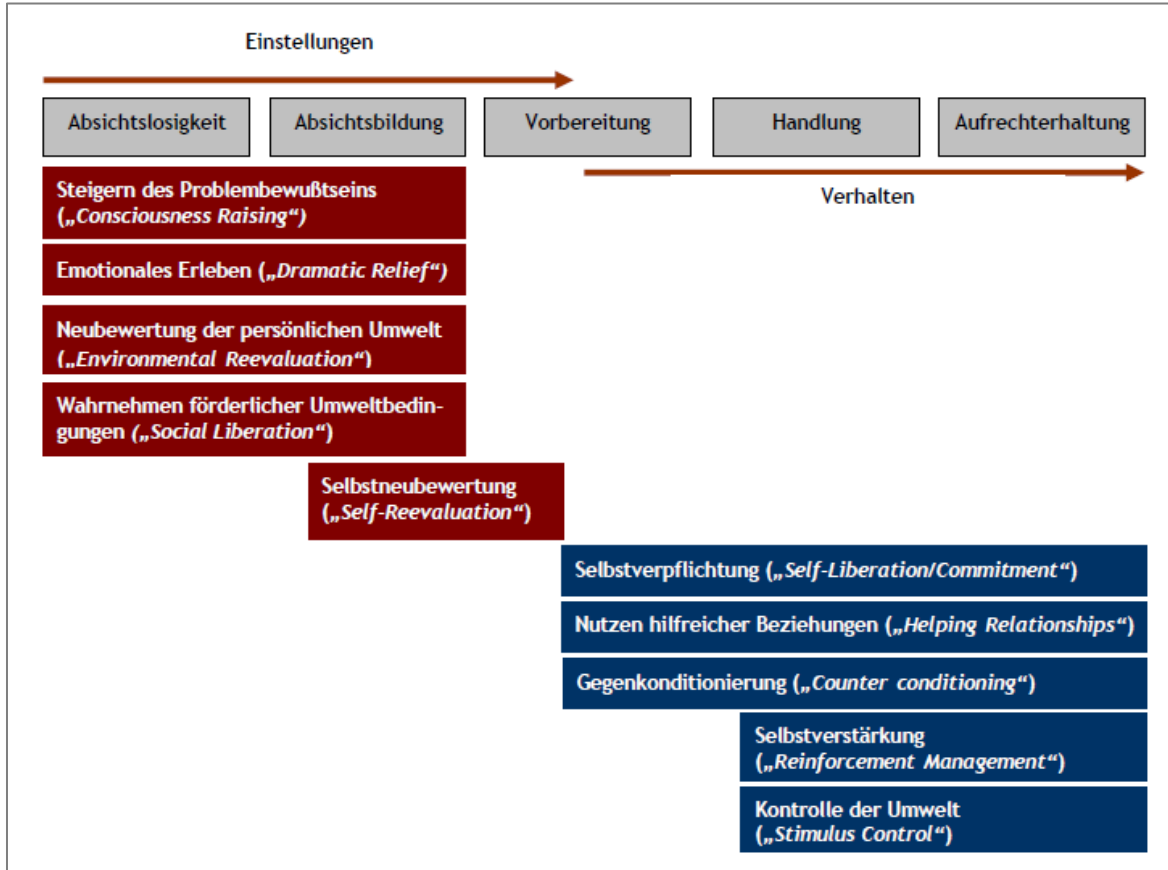


Abbildung 13: Strategien der Einstellungs- und Verhaltensänderungen nach Stadien des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (eigene Darstellung)

In seiner Entstehungsphase wurde das Modell vorwiegend auf die Tabakentwöhnung bezogen, in der Folge jedoch auch zur Erklärung anderer Verhaltensänderungen genutzt. Es ermöglicht die Anpassung von Interventionen an die den einzelnen Stufen zugeordneten spezifischen Zielgruppen.

Das Modell ist inzwischen wissenschaftlich umstritten. Die Kritik bezieht sich vor allem auf seine mangelnde prädiktive Aussagekraft des Modells und die Beliebigkeit seiner Stufen (West, 2005). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die Ambivalenz und Instabilität der Phasen nicht ausreichend abgebildet werden (Küfner & Soyka, 2017). Es konnte außerdem nicht konsistent nachgewiesen werden, dass Interventionen, die auf die jeweilige Änderungsphase zugeschnitten sind, gegenüber gängigen Versionen mit größeren Therapieerfolgen verbunden sind (Cahill, Lancaster & Green, 2010; West, 2005).

West und Sohal (2006) orientieren sich an Befunden, nach denen fast die Hälfte aller Ausstiegsversuche spontan und ungeplant erfolgt und diese gegenüber geplanten Ausstiegen mit 2,6-fach höherer

ren Erfolgsquoten verbunden sind. Ob ein Ausstieg geplant oder ungeplant erfolgt, lässt aus Sicht der Autoren Rückschlüsse auf die Gemütsverfassung (*state of mind*) der Aussteigenden zu, die wiederum entscheidend für den Ausstieg ist. So gehen sie davon aus, dass Überzeugungen, frühere Erfahrungen und die aktuelle Situation motivationale Zugkraft (*motivational tension*) entstehen lassen, so dass auch kleine Auslöser zu sofortiger Umsetzung in Handlung führen können. Ist die Motivation nicht so groß, werden eher Pläne für die spätere Umsetzung gemacht, was die Autoren als Zeichen geringerer Selbstverpflichtung (*commitment*) klassifizieren. Für die Tabakentwöhnung könnte dies bedeuten, auf „3-T´s“ zu fokussieren: (1) motivationale Spannung (*motivational tension*) erzeugen, (2) bei Raucher*innen, die an der Schwelle zur Neuorientierung bezüglich ihres Tabakkonsums stehen, Handlung auslösen (*triggern*) und (3) unmittelbare Behandlung und Unterstützung zur Verfügung stellen (*availability of treatment*).

5.2.3 RÜCKFALLMODELL VON MARLATT UND GORDON

Zentral für die Tabakentwöhnung ist nicht nur die Vorbereitung und Organisation des Ausstiegs, sondern die kurz- und langfristige Vermeidung eines Rückfalls. Die epidemiologischen Daten zum Rückfallgeschehen und die sich daraus ergebenden Überlegungen zur Erklärung der gefundenen geschlechtsbezogenen Unterschiede wurden in Kapitel 4.1.3 präsentiert. So gibt es Hinweise darauf, dass sich die Risikosituationen für Frauen und Männer unterscheiden, Frauen und Männer auf unterschiedliche Bewältigungsfertigkeiten zurückgreifen und dass Männer oftmals über eine stärkere Abstinenzsicherheit als Frauen verfügen.

Zur theoretischen Erklärung des Rückfallgeschehens liegen verschiedene Modelle vor, die Minneker (1991) in drei Hauptgruppen einteilt:

- *Moralische Modelle* ordnen einen Rückfall als Ausdruck von Willens- und Charakterschwäche ein.
- *Medizinische Modelle* verstehen Abhängigkeit als Krankheit, die physiologischen Mechanismen unterliegt. Für den Rückfall werden vor allem körperliche Komponenten verantwortlich gemacht und mit den Modellen *Kontrollverlust* und *Craving* beschrieben.
- *Kognitiv-behaviorale Modelle* gehen davon aus, dass abhängiges Verhalten erlernt wird und der Rückfall von Umgebungsmerkmalen und dem kognitiven Umgang mit diesen Faktoren beeinflusst wird.

Am nützlichsten zur Erklärung des Rückfallgeschehens und im Hinblick auf die Behandlung und Unterstützung Tabakabhängiger haben sich die kognitiv-behavioralen Modelle und insbesondere das Rückfallmodell von Marlatt und Gordon erwiesen, das in den 1980er Jahren entwickelt wurde (Marlatt & Gordon, 1985). Es dient als kognitiv-behaviorales Rahmenkonzept für das Verständnis des Rückfallge-

schehens und die Förderung der angestrebten Verhaltensänderung durch spezifische Behandlungsstrategien. Ursprünglich wurde das Modell zur Erklärung und Behandlung der Alkoholabhängigkeit entwickelt, eignet sich jedoch allgemein für jede Form der Abhängigkeit, da es mehrere suchtspezifische Bedingungsfaktoren integriert. Die grundlegende Annahme dieses Modells ist, dass Rückfällen immer eine Hochrisikosituation vorausgeht. Hiermit sind alle Situationen gemeint, die das Risiko eines Rückfalls erhöhen, wie z.B. unangenehme körperliche Zustände, negative Gefühlszustände, zwischenmenschliche Konflikte, Konsum von Alkohol etc. (ebd.; Kröger & Lohmann, 2007). Ob die rückfallkritische Situation tatsächlich zum Rückfall führt, hängt von kognitiven Faktoren ab. So ist entscheidend, ob der*em Abhängigen Copingstrategien zur Verfügung stehen, diese Situation erfolgreich zu bewältigen. Diese wiederum wirken sich direkt auf die SWE in der Weise aus, dass effektive Copingstrategien die SWE erhöhen und damit die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls senken und umgekehrt ineffektive Copingstrategien die SWE schwächen und damit die Rückfallwahrscheinlichkeit steigt (Marlatt & Gordon, 1985). Die Behandlungsstrategien umfassen sowohl spezifische Interventionstechniken, wie z.B. die Bewältigung rückfallkritischer Situationen, als auch globale Ansätze der Selbstkontrolle, wie z.B. die Unterstützung eines positiven Lebensstils.

Erkenntnisse aus vielen verschiedenen Studien zur Rückfallprävention und die Entwicklung neuer Strategien zur Prävention eines Rückfalls haben dazu geführt, dass Marlatt und Kolleg*innen das ursprüngliche, lineare Modell überarbeiteten (Hendershot et al., 2011). Zentrales Anliegen der Überarbeitung war, das Rückfallgeschehen stärker als dynamischen, komplexen Prozess, in dem verschiedene Einflussfaktoren wirken und miteinander interagieren, zu verstehen und zu konzeptualisieren (s. Abbildung 14). Im Zentrum stehen immer noch hochriskante Situationen, die im neuen Modell jedoch eher als kontextuelle Faktoren verstanden werden. Die Rückfallwahrscheinlichkeit wird von stabilen (*tonic*) und vorübergehenden (*phasic*) Einflussfaktoren, die miteinander interagieren, bestimmt. Zu den stabilen Faktoren gehören distale Risiken (z.B. familiäre Risikofaktoren, soziale Unterstützung), kognitive Prozesse, die relativ stabil sind (z.B. allgemeine SWE, persönliche Überzeugungen hinsichtlich Abstinenz und Rückfall) sowie körperliche Entzugssymptome. Demgegenüber beinhalten *phasic responses* oder auch proximale, veränderliche Faktoren diejenigen kognitiven und affektiven Prozesse, die sich über die Zeit verändern können, wie z.B. Substanzkonsumverhalten, emotionaler Zustand, Copingverhalten (behavioral-kognitives Coping, Selbstregulierung). Der Kontext sind Situationen, die ein besonders hohes Risiko für einen Rückfall bergen. Die Betonung des dynamischen Modells liegt im komplexen Zusammenspiel von stabilen und variablen Prozessen. Dass im Rückfallgeschehen auch Geschlechteraspekte bedeutsam sind, konnte in Kapitel 4.1.3 gezeigt werden. Ebenso können die einzelnen Elemente des Modells, wie etwa SWE, soziale Unterstützung, körperliche

Entzugssymptome und Copingstrategien geschlechtstypische Ausprägungen (s. Kapitel 5.1) zeigen. Im Modell finden diese jedoch keine Berücksichtigung.

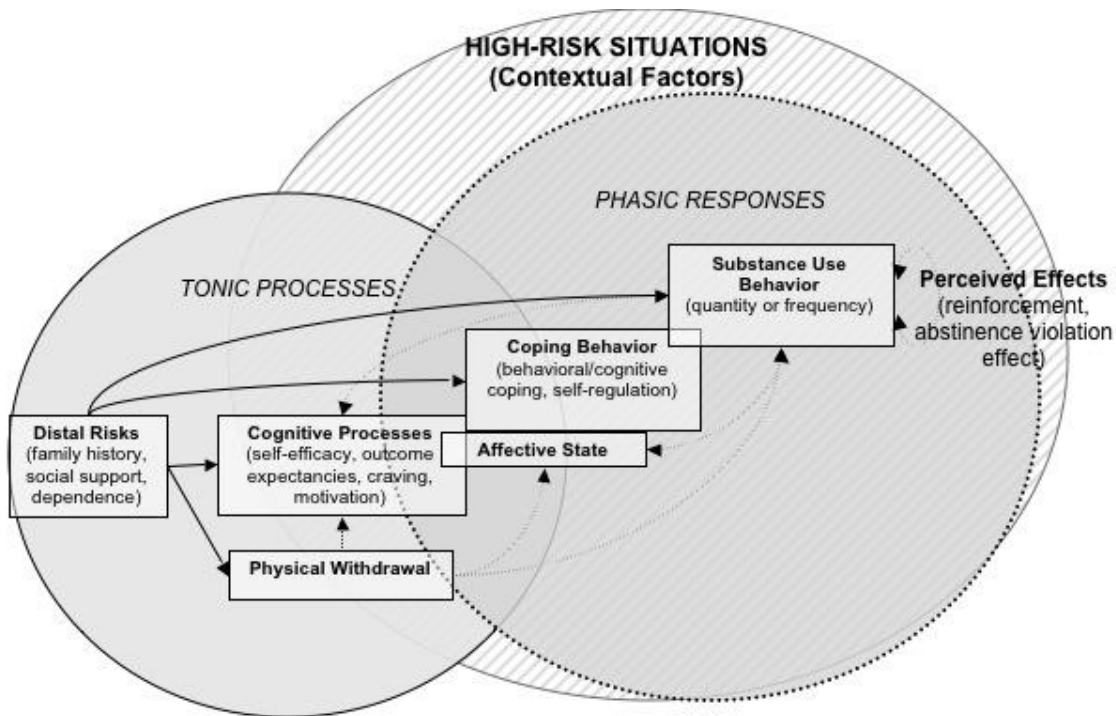


Abbildung 14: Überarbeitetes kognitiv-behaviorales Rückfallmodell (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011: 4)

Rückfälle können hinsichtlich ihres Ausmaßes und ihrer Bedeutung unterschieden werden. So wird gemeinhin zwischen einem Rückfall (*relapse*) und einem Vorfall (*lapse*) differenziert. Während der Vorfall ein einmaliges oder kurzzeitiges Zurückfallen in den Tabakkonsum bezeichnet, bedeutet der Rückfall ein vollständiges Aufnehmen alter Konsummuster (Kröger & Lohmann, 2007). Um zu verdeutlichen, dass möglicherweise nicht der Rückfall bzw. Vorfall als solcher, sondern die damit subjektiv verbundene Kontrollüberzeugung ausschlaggebend für dessen Effekte auf die weitere Abstinenzwahrscheinlichkeit ist, differenziert Büchner (2002) zwischen ich-syntonen und ich-dystonen Rückfällen³⁵. Demnach stehen ich-syntone Rückfälle im Einklang mit bewussten Bestrebungen und Überlegungen, wohingegen ich-dystone Rückfälle unter Einfluss nicht steuerbarer, innerer Kräfte erfolgen, sodass es zu einer Dissonanz zwischen dem Ereignis und den bewussten Absichten kommt.

³⁵Die Begrifflichkeiten stammen ursprünglich aus der Psychopathologie und dem Kontext der Zwangshandlungen. Hier bezeichnet Ich-Syntonie das Phänomen, dass auftretende Gedanken, Impulse oder Affekte subjektiv als dem eigenen Ich zugehörig wahrgenommen werden. Ich-Dystonie beschreibt im Gegensatz dazu Phänomene und Zustände, die subjektiv als nicht zur eigenen Person gehörend erlebt werden. Die Unterscheidung hat sich jedoch in der Bearbeitung des Rückfallgeschehens bei Substanzkonsum als nützlich erwiesen (Büchner, 2002).

5.3 THEMATISIERUNGEN VON GESCHLECHT, KÖRPER UND SUBSTANZKONSUM

Den zweiten theoretischen Strang dieser Forschungsarbeit bilden Geschlechtertheorien. In diesem Kapitel werden die Grundzüge des sehr komplexen Diskurses so weit nachvollzogen, dass seine zentralen Argumentationslinien deutlich werden. Anschließend wird ausgeführt, wie Geschlecht in der Suchthilfe thematisiert wird und es wird ein Überblick über die Entwicklung dieses Diskurses gegeben. Das letzte Unterkapitel schlägt den Bogen zum Substanzkonsum und insbesondere zum Tabakkonsum. Hier wird der Frage nachgegangen, welche Bedeutung Geschlecht im Zusammenhang mit Substanzkonsum zugeschrieben wird. Die bereits präsentierten Daten im epidemiologischen Teil werden durch Betrachtungen zu den möglichen Erklärungen für die gefundenen Geschlechterunterschiede ergänzt.

5.3.1 THEORETISCHE ORIENTIERUNGEN: GESCHLECHTERTHEORIEN

Nachdem Geschlechterordnungen lange Zeit als naturgegeben gesehen wurden, erfolgte in den 1950er Jahren die Entkoppelung von Geschlecht mit Natur und Biologie und mündete in die Trennung von *Sex* und *Gender* (Gildemeister, 2008). Mit *Sex* ist das biologische Geschlecht, d.h. Anatomie, Physiologie, Morphologie, Hormone und Chromosomen gemeint; *Gender* hingegen bezieht sich auf das *soziale Geschlecht* im Sinne von sozialen und kulturellen Prägungen und Zuschreibungen. Die soziale Ordnung bzw. die soziale Ungleichheit der Geschlechter wurde nicht mehr als Folge biologischer Gegebenheiten gesehen, sondern als Ergebnis sozio-kultureller Normierungen, die historisch spezifisch und damit wandelbar sind, eingeordnet (ebd.). Diese Unterscheidung wurde von der Frauenforschung der 1970er Jahre aufgenommen. Die Debatte drehte sich im Kern um die Themen Gleichheit und Differenz und wird von Schwarting (2005) in drei Etappen beschrieben: In den 1970er und 80er Jahren standen die sozialen, politischen und ökonomischen Dimensionen der Geschlechterdifferenzierungen im Vordergrund. Wichtige kritische Impulse gingen in Deutschland von der zweiten deutschen Frauenbewegung und feministischen Theoretiker*innen aus, die Kritik an der Naturalisierung der Geschlechterdifferenz als soziales Phänomen übten. Impliziter Biologismus von Sex und Gender und die Trennlinie zwischen Natur und Kultur wurden in den verschiedenen Theorien sozialer Konstruktion zum Ausgangspunkt für Kritik (Gildemeister, 2012). Es wurde weiter argumentiert, dass auch Konzepte des biologischen Körpers historisch, kulturell und gesellschaftlich geprägt sind. In der darauffolgenden Phase der 1980er und 90er Jahre stand im Mittelpunkt der soziologischen Diskussion die Frage nach Gleichheit und Differenz. *Wie werden* Frauen und Männer Unterschiedliche? Ausgehend vom Verständnis, dass die Differenzierung nach Geschlecht sozial konstruiert und daher grundsätzlich variabel und veränderbar ist, wurde versucht, Gleichheit und Differenz wahrzunehmen, zu analysieren und die dazugehörigen Prozesse zu verstehen (Wilz, 2008). Geschlechtsbezogene Un-

gleichheit und Benachteiligung wurden in Frage gestellt und stattdessen wurde auf die Gleichheit von Frauen und Männern fokussiert. Diese Perspektive zielte auf Gleichberechtigung und Gleichbehandlung der Geschlechter, indem sie Rechtsgleichheit, gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe und den Abbau von geschlechtsbezogener Ungleichheit einforderte. Die Genusgruppen werden in dieser Perspektive in der Weise homogenisiert, dass von einer kollektiven Betroffenheit der Frauen durch die im Patriarchat geteilten Erfahrungen von Benachteiligung und Marginalisierung ausgegangen wird. Subjektive Erfahrungen werden in einen größeren gesellschaftlichen Zusammenhang gestellt und politisiert (*Das Private ist politisch*). Die dazugehörigen Strategien sind sämtliche, die geeignet sind, die eingeforderte Gleichberechtigung herzustellen, wie z.B. die Frauenquote, Gender Mainstreaming, Gender Budgeting. Diese Perspektive leistete einen wichtigen Beitrag zur politischen Diskussion und machte auf geschlechterbezogene Ungleichheit aufmerksam, verstellte aber gleichzeitig den Blick auf Unterschiede innerhalb der Genusgruppen und Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern. Wird hingegen die Differenz betont, so werden die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den Vordergrund gestellt und jede Form von Angleichung von Frauen an die *Männerwelt* abgelehnt. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass es zwei Geschlechter gibt, die in der menschlichen Natur angelegt sind, während Geschlechterzuschreibungen kulturell und gesellschaftlich geprägt sind. Weiblichkeit, im Sinne von Frauen zugeschriebenen Eigenschaften und Qualitäten, soll sichtbar gemacht und aufgewertet werden und auf diese Weise einen Gegenentwurf zu patriarchalen Definitionen darstellen. Die Schaffung autonomer Bereiche wie etwa selbstdefinierter und -bestimmter Räume für weibliche Zugänge und Bedürfnisse (z.B. Frauenzentren, Frauengruppen, Frauenprojekte) sind zentrale Strategien. Italienische Feministinnen aus der Philosophinnengruppe DIOTIMA und das Autorinnenkollektiv der Mailänder *Libreria delle donne* (kurz: Libreria) vertreten eine spezifische Form der differenztheoretischen Perspektive. Sie lehnen die Unterscheidung zwischen biologischen und sozialen Aspekten des Geschlechts ab und entwickeln eine Politik der Beziehungen unter Frauen, in der sich Frauen einander anvertrauen, gegenseitig aufgrund ihrer unterschiedlichen Erfahrungen und Kompetenz anerkennen und Autorität verleihen (*affidamento*). Dies führe zu weiblicher Freiheit und (Wieder-)Herstellung weiblicher Genealogie und verändere patriarchale Machtverhältnisse (Kahlert, 2010).

Das Denken nicht nur in biologischen, sondern sozialen und damit kulturell gebundenen Kategorien von Rollenzuschreibungen kann zwar als erste Annäherung an das Verstehen von Gender betrachtet werden (Connell, 2012), erkennt jedoch grundsätzlich die Binarität von Geschlechtlichkeit an. Genau diese Akzeptanz der Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit des Feminismus stand im Zentrum der Kritik durch die sogenannten poststrukturellen Geschlechter- und Queertheorien. Wegweisend war die Arbeit von Butler *Das Unbehagen der Geschlechter* (1991). Theoretische Grundlagen ihrer Überle-

gungen sind der Sozialkonstruktivismus, u.a. Theoreme des Symbolischen Interaktionismus und der Ethnomethodologie. Butler verweigert die Differenzierung von *Sex* und *Gender*, da diese aus ihrer Sicht das Produkt herrschaftsförmiger Differenzierung sind. Vielmehr ist, laut Butler, Geschlecht Alltagsprodukt von Interaktionen, jedoch nicht expressiv, sondern performativ, d.h. Gender wird konstruiert; durch Handlungen zeigen wir uns als gegenderte Subjekte und werden als maskulin oder feminin verstanden. Butler argumentiert weiter, dass auch die Annahme der biologischen Geschlechtlichkeit ein gesellschaftlich konstruiertes Phänomen ist; die Kategorisierung als männlich und weiblich lehnt Butler daher ab, da diese die Binarität von Geschlechtlichkeit festschreiben und auf diese Weise die heterosexuelle Matrix stabilisieren. Damit würden die Genustypen homogenisiert und trennende Differenzen übersehen. Mit dieser Position kritisiert Butler die feministische Theorie und den Feminismus. Stattdessen tritt sie für Dekonstruktion ein, welche die Entwicklung alternativer Geschlechtsidentitäten (*queer identities*) ermögliche. Ihre Arbeit löste eine intensive Debatte um die Konstruktion biologischer Zweigeschlechtlichkeit aus.

Davon zu unterscheiden sind die interaktionistischen Ansätze der Soziologie, die mit dem Konzept des *Doing Gender* die Herstellung von Geschlecht in der alltäglichen Interaktion in den Mittelpunkt stellen. Richtungsweisend waren hier die Arbeiten von West & Zimmermann (1987), welche die Rollentheorie als veraltet und unpolitisch kritisierten, da diese von stabilen Rollen ausgehe und Geschlechtsrollen als Sets von Verhaltensweisen verstehe. Die Autor*innen argumentieren dagegen, dass Rollen keine *Masteridentitäten*, sondern situative Identitäten sind. So habe Gender anders als die meisten Rollen wie Krankenschwester, Patient, Professorin oder Student keinen organisationalen Kontext oder spezifischen Standort. Mit Bezug auf Goffman (Ethnomethodologie) entwerfen sie mit *Doing Gender* ein weitergehendes Modell der Sex-Gender-Unterscheidung und differenzieren drei Dimensionen:

- *Sex* als bei der Geburt vorgenommenen Zuordnung des Geschlechts gemäß sozial vereinbarter und biologischer Kriterien,
- *Sex Category* meint die Zugehörigkeit zu einer Gruppe durch die Art der Darstellung des Individuums; muss nicht mit *Sex* übereinstimmen,
- *Gender* bezeichnet die in der Interaktion entstehende Herstellung von Geschlecht durch geschlechtsrollenkonforme Haltungen und Verhaltensweisen.

West & Zimmermann (1987) betrachten Gender als Produkt sozialen *Doings*, aber weniger im Sinne von Reproduktion denn als Konstruktion. Wenn also Geschlecht nicht als Eigenschaft oder Merkmal von Individuen, sondern als sozialer Prozess verstanden wird, so braucht es Interaktion, um Geschlecht herzustellen. Diese beginnt im sozialwissenschaftlichen Sinne nicht erst mit der Kommunikation zwischen Personen, sondern sie entsteht bereits dann, wenn Personen physisch präsent sind,

sich gegenseitig wahrnehmen und aufeinander reagieren (können). In diesem Sinne ist Geschlechtlichkeit nicht durch Rollenzuschreibungen vorgegeben, sondern sie wird durch Verhalten erzeugt und konstruiert (Gildemeister, 2008). In alltäglichen Handlungen wird die eigene Geschlechtszugehörigkeit hergestellt und umgekehrt werden andere Personen einem Geschlecht zugeordnet. Gender entsteht nicht nur in Interaktion, es strukturiert auch Interaktion. *Doing Gender* ist unvermeidlich, solange eine Gesellschaft nach Geschlechterunterschieden strukturiert ist und die Zuordnung zu einem Geschlecht relevant und erforderlich ist. Geschlechterdifferenzierungen sind daher als soziale Phänomene und als soziale Ordnungsmuster zu betrachten (West & Zimmermann, 1987). Da aber eine Trennung von Natur und Kultur unmöglich ist, ist das biologische Geschlecht nicht der Analyse vorgelegt, sondern biologisches und soziales Geschlecht prägen einander und geben einander Bedeutung in einem wechselseitigen Prozess (Gildemeister, 2008).

Geschlecht als soziale Strukturkategorie zu begreifen, ist seit den 1980er Jahren Bestandteil wissenschaftlicher Forschung und Perspektiven. In der Diskussion vertraten die Fachrichtungen jeweils unterschiedliche Perspektiven. Die Psychologie fokussierte die individual-psychologische Ebene und ging davon aus, dass Geschlechtsrollen im Rahmen der geschlechtstypischen Sozialisation vermittelt werden und diese im Anschluss an den gleichsam abgeschlossenen Prozess dieser Vermittlung reproduziert werden. Die Soziologie hingegen verstand Geschlechtsrollen als Komplex sozial geleiteter Aktivitäten der Wahrnehmung, Interaktion und „mikropolitischen Aktivitäten“ (West & Zimmermann, 1987: 126). In den 1990er Jahren wurde die geschlechtstypische Sozialisation als zentrale Ursache für die Geschlechterunterschiede im Rollen- und Gesundheitsverhalten gesehen und es wurde davon ausgegangen, dass Mädchen und Jungen auf die Erfüllung der vorgegebenen Geschlechtsrollen hin erzogen wurden (Kolip & Hurrelmann, 2002). Ein modernes Verständnis von Sozialisation begreift diese jedoch stärker als interaktiven Prozess, in dem die zu Sozialisierenden eine aktive Rolle haben und sich im Sinne des *Doing Gender* lebenslang auf dem Hintergrund ihrer Geschlechtlichkeit inszenieren. Auch in den Gesundheitswissenschaften griffen ethnomethodologische Ansätze, die davon ausgehen, dass Geschlecht über Alltagshandlungen ausgedrückt und konstruiert wird (Kuhlmann, 2002). Gender ist keine unabhängige und Gesundheit keine abhängige Variable, so Connell (2012). Vielmehr sind Körper und soziale Prozesse eng miteinander verwoben und entfalten Wirkungen in beide Richtungen, d.h. soziale Prozesse formen Körper und Körper gestalten soziale Prozesse. Geschlechterunterschiede finden sich bezogen auf den Gesundheitsstatus, die Betroffenheit von Erkrankungen, das gesundheitsrelevante Handeln, das Körperbewusstsein und den Umgang mit dem eigenen Körper (vgl. Hurrelmann & Kolip, 2002). Das Geschlecht ist außerdem bedeutsamer Indikator für psychosoziale Einflüsse auf die Entstehung von Krankheiten (Faltermaier, 2004). Um die Genusgruppen nicht zu homogenisieren, hat sich die Verknüpfung von Geschlecht mit anderen sozialen Diffe-

renzierungsmerkmalen weitgehend durchgesetzt. Die Pluralisierung *Männlichkeiten* und *Weiblichkeiten*, die sich in den letzten Jahren immer häufiger findet, ist ein Indikator dafür, dass die Kategorien *männlich* und *weiblich* an Eindeutigkeit verloren und sich ausdifferenziert haben (Gildemeister, 2012). Dies führt allerdings nicht automatisch dazu, dass das Konzept der natürlich gegebenen Zweigeschlechtlichkeit in Frage gestellt wird (ebd.). Neuere Diskussionen knüpfen an die Kritik an der Binarität von Geschlecht an und plädieren für die Ausdifferenzierung der Kategorie Geschlecht jenseits der Zweigeschlechtlichkeit (Intersektionalität). Diese erfolgt durch Kombination mit anderen Merkmalen (soziale Schicht, Ethnie, Alter etc.) (Crenshaw, 1991). Dadurch wird zwar die Homogenisierung der Genusgruppen aufgebrochen, das Problem der konzeptionellen Schwäche kategorialen Denkens bleibt jedoch erhalten und fördert nicht das Verstehen sozialer Dynamiken, so Connell (2012). Mit der Debatte um Gender sind ihrer Ansicht nach außerdem zwei Probleme verbunden. So werde (1) Gender häufig mit Frauen gleichgesetzt, z.B. in der Politik, und (2) blieben Dynamiken von Gender unberücksichtigt und nicht konzeptualisiert. Anknüpfend an diese Einschätzung spricht Kuhlmann (2016: 30) von einem „*problematischen Vakuum zwischen einer sich rapide entwickelnden genderbezogenen Gesundheitsforschung und -praxis einerseits und der (zumeist feministisch inspirierten) Theoriedebatte andererseits*“. Statt den Schwerpunkt, so folgert Kuhlmann weiter, auf geschlechter-spezifische Analysen und die Suche nach Geschlechterunterschieden zu legen, seien gendersensible und geschlechtergerechte theoretische Konzepte zu entwickeln, die Körperprozesse, Handlungsmuster und das Versorgungssystem selbst in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen.

5.3.2 TABAKKONSUM IM KONTEXT VON MÄNNLICHKEITEN UND WEIBLICHKEITEN

Biologische Geschlechtsunterschiede werden als Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit gesehen und soziale Aspekte des Geschlechts prägen das gesundheitsbezogene Handeln. In diesem Sinne ist gesundheitsrelevantes Handeln als Akt zur Herstellung und Repräsentation von Geschlecht zu verstehen (Courtenay, 2000). Körperliche Selbstdarstellung, der Selbstausdruck mittels Gestik, Mimik und Stimme, aber auch Kleidung und Verhalten bilden eine Form der Darstellung von Männlichkeit und Weiblichkeit (ebd.). Die Regeln für einen angemessenen, akzeptierten Umgang mit dem Körper werden mit dem Begriff *somatische Kultur* bezeichnet (Boltanski, 1976; Helfferich, 1994; Kolip, 1997). Diese Regeln bilden einen *Kodex der guten Sitten für den Umgang mit dem Körper* und definieren, so Boltanski (1976: 154), die konforme Art,

„die alltäglichen physischen Handlungen auszuführen, zu gehen, sich anzukleiden, sich zu ernähren, sich zu waschen, sich zu schminken und, für einige, zu arbeiten, die korrekte Art, in der physische Interaktionen mit anderen abzulaufen haben, [...] von seinem Körper zu reden, von seinem äußeren Anblick und den physischen Empfindungen [...]“.

Nicht nur Verhaltensaspekte sind Teil der somatischen Kultur, sondern auch körperbezogene Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse sowie der Grad der Bereitschaft, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Auch Substanzkonsum als gesundheitsrelevantes Handeln, die Art der konsumierten Substanz und die Intensität des Konsums werden von Geschlechtsrollen geprägt und dienen der Inszenierung von Geschlechtlichkeit. Dass Substanzen und Konsummuster geschlechtlich konnotiert sind, geht aus den Daten zur Prävalenz und Mortalität von Substanzkonsum der verschiedenen Substanzgruppen Alkohol, Tabak, Medikamente und illegale Drogen hervor. Diese zeigen, dass geschlechtstypischer weiblicher Konsum sich eher auf Substanzen bezieht, die als weniger riskant gelten (leichte Zigaretten, leichte Alkoholika wie Sekt, Alkopops). Ihr Konsum ist eher unauffällig und zielt in erster Linie darauf, die eigene Funktions- und Anpassungsfähigkeit aufrechtzuerhalten und den Körper und sein Gewicht zu manipulieren (Appetitzügler, Rauchen) (Heinzen-Voß & Ludwig, 2016). Geschlechtstypisch männliches Konsumverhalten umfasst häufig gefährlichere Substanzen (starker Tabak, harte Alkoholika wie Schnaps sowie illegale Drogen), die sämtlich schnell zum Rausch führen. Dem Rausch wird bei Jungen und Männern eine besondere Bedeutung zugeschrieben, denn dieser wird verbunden mit Antriebs- und Leistungssteigerung gemäß den stereotypen Dynamiken von Männlichkeit. Substanzkonsum erfüllt daher vielfach die Funktion, Leistung zu steigern, Risiko zu erleben, Grenzen auszuloten, aber auch Probleme zu lösen, Gefühle von Schwäche und Hilflosigkeit zu mildern und Ängste zu überwinden (Landschaftsverband Westfalen-Lippe [LWL], 2006). Diese Konsummuster bieten Männern Abgrenzungsmöglichkeiten zum weiblichen Substanzkonsum und Differenzierungsmöglichkeiten unter Männern selbst (*hegemoniale Männlichkeit*) (Connell, 2015).

Für beide Geschlechter wirken spezifische Aspekte der geschlechtsbezogenen Rollenbilder abhängigkeitsbegünstigend. Hierzu gehören bei Mädchen und Frauen das Zurückstellen eigener Bedürfnisse, Anpassung, Orientierung auf körperliche bzw. sexuelle Attraktivität; bei Jungen und Männern sind es vor allem Konkurrenz- und Leistungsorientierung, Streben nach Dominanz und Stärke (Zenker, 2009; Heinzen-Voß & Ludwig, 2016). Risikofaktoren für einen späteren abhängigen Substanzkonsum stellen für beide Geschlechter negative soziale Faktoren in der Kindheit, Substanzkonsum/-abhängigkeit in der Herkunftsfamilie, niedriges Bildungsniveau, negative Einkommensverhältnisse, negative Kindheitsereignisse und Gewaltbelastungen dar (Zenker, 2009).

Die initiale Forschung um Frauen und Substanzkonsum führte nach und nach dazu, dass auch die männerbezogene Perspektive zum Gegenstand von wissenschaftlicher Forschung wurde. Die Thematisierung des Zusammenhangs von Männlichkeiten und Sucht begann vor etwa fünfzehn Jahren und gab der Sucht-Debatte eine neue Wendung (Vogt, 2007). Bis dahin schienen der Substanzkonsum und insbesondere der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen so eng mit Männlichkeit verbunden zu sein,

„[...] dass es dort wenig zu erklären gibt und dieser Aspekt zum Mannsein, zur ‚Natur‘ des Mannes einfach dazu zu gehören scheint. Dies mag ein Grund für das Ausbleiben einer männerspezifischen Blickrichtung auf den Zusammenhang von Drogenkonsum und männlichen Identitäten sein“ (Stöver, 2006: 22).

Damit wird Substanzkonsum nicht mehr als *normaler* Bestandteil, sondern als Ausdruck männlichen Rollenverhaltens, als *Doing Gender with Drugs* (Haase & Stöver, 2009), begriffen und es eröffnen sich neue Perspektiven im Verständnis männlichen Suchtverhaltens (Vogt, 2007). Substanzkonsum von Männern ist im Unterschied zum weiblichen Drogenkonsum „[...] *weniger als Reaktion auf Problemlagen, sondern als bewusstes, gezielt eingesetztes und damit funktionales Instrument zur Herstellung von Geschlechtsidentitäten zu verstehen*“ (Stöver, 2006: 29).

Der Konsum psychotroper Substanzen, zu denen auch Nikotin zählt, bietet die folgenden Möglichkeiten zur Dar- und Herstellung von Männlichkeit:

- *„Unverletzlichkeitsphantasien auszuleben*
- *Intensives Erleben von Gruppe und Dynamik*
- *Quantifizierung des (Sich-)Erlebens im ‚Kampf- und Komatrinken‘*
- *Trophäen zu sammeln*
- *Demonstration und Ausleben von Stärke und Macht“* (Stöver, 2006: 29).

Substanzkonsum wird als Verarbeitungsversuch geschlechtsspezifischer Rollenkonflikte und Anforderungen klassifiziert; bei Männern dient er als Stimulations- und Kompensationsmittel gegenüber Leistungsanspruch und als Ausdruck von Kampf- und Konkurrenzbereitschaft (Stöver, 2006). Während Substanzkonsum von Frauen eher als Reaktion auf Belastungen und als Bewältigungsstrategie geschlechtsbezogener Diskriminierung und Benachteiligung verstanden wird (Greaves, 2015), wird männlicher Substanzkonsum als Konstituierung von Männlichkeit im selbst gesuchten und aktiv initiierten Rausch interpretiert (Vogt, 2007). Ansetzend an diesen Gender-Schemata werden eine Frauen- und einer Männerwelt konstruiert. Aus dem Blick gerät dabei allerdings, dass sich Geschlechtsrollen und damit auch Substanzkonsummuster verändern und Frauen/Mädchen männliche und Männer/Jungen weibliche Rollenattribute übernehmen (ebd.).

In der Geschlechterforschung zum Tabakkonsum stand zunächst das Thema Frauen und Rauchen im Vordergrund. Mit zunehmender Thematisierung von Gesundheit und Männlichkeit, wie z.B. auch der Bericht *Gesundheitliche Lage von Männern in Deutschland* des RKI (Robert Koch-Institut 2014) zeigt, rückten männliche Perspektiven nach und nach in den Fokus. Für den Tabakkonsum gilt Ähnliches wie für den Substanzkonsum. Der Konsum von Tabakwaren findet in gesellschaftlichen Kontexten statt, in denen nicht nur der Substanz, sondern auch den Geschlechtern Bedeutungen zugewiesen werden. Eisenbach-Stangl et al. sprechen von der Interaktion des gesellschaftlichen Kontextes, des

Geschlechts der Konsument*innen und der Konsumgewohnheiten (Eisenbach-Stangl, Lentner & Mader, 2005). So war das Rauchen für Frauen ab den 1950er Jahren sichtbares Zeichen der Teilhabe an männlichen Privilegien und signalisierte Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit. Von der Tabakindustrie wurde diese Verknüpfung genutzt und maßgeblich gefördert („*You’ve come a long way baby*“, 1968, Virginia slims, Philipp Morris). Auch heute noch stehen Rauchen und vielleicht noch stärker Alkoholkonsum für Gleichstellung von Frauen. Bezogen auf männlichen Tabakkonsum ging der Diskurs kaum über die Thematisierung des Stereotyps des *Marlboro-Mannes* hinaus (Bottorff, Haines-Saah, Oliffe & Sarbit, 2012). Rauchen ist theoretisiert als hegemoniale männliche Aktivität oder Antwort auf hegemoniale Macht, denn Rauchen erfüllt konstruierte männliche Ideale von riskantem Verhalten, Vernachlässigung der eigenen Gesundheit, Stärke und Unverletzlichkeit, das mit dominanter Männlichkeit assoziiert wird (Bottorff, Haines-Saah, Kelly, Oliffe, Torchalla, Poole et al., 2014).

Die Ausführungen zeigen, dass der Diskurs um Geschlecht und Abhängigkeit auch geprägt ist von Geschlechterstereotypen (Vogt, 2007). Zu wenig wird sowohl in der Forschung als auch auf der Ebene der Interventionen berücksichtigt, dass Geschlechtsrollen sich verändern und ausdifferenzieren. So ist insbesondere beim Tabak- und Alkoholkonsum eine Angleichung der Konsummuster vor allem von jüngeren Frauen und Männern (Konvergenz) zu beobachten (Zenker, 2005). Zu wenig wird in geschlechtsbezogener Forschung zum Tabakkonsum verdeutlicht, welche theoretischen und methodologischen Interpretationen von Gender jeweils zugrunde liegenden, so resümiert die Forschungsgruppe um Bottorff in ihrem Review (Bottorff et al., 2014). In der Forschung sei daher notwendig, Definitionen und Konzeptualisierungen von Gender und ihre Bedeutung für Tabakkontrolle zu explizieren. Bottorff et al. kritisieren weiter, daß Gender kaum über die Ebene des individuellen Verhaltens hinaus konzeptualisiert wird.

Auch wird seit wenigen Jahren die gesundheitliche Lage von Menschen unterschiedlicher sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität thematisiert (z.B. Dennert, 2016; Sauer, Güldenring & Tuidier, 2016). Gerade in LSBT*³⁶-Communities finden sich im Vergleich zu Heterosexuellen erhöhte Prävalenzen von Substanzkonsum insgesamt, aber auch von Raucher*innen. Als relevante Einflussfaktoren werden Erfahrungen von Diskriminierung und Homophobie sowie communitytypische Settings, die mit Tabakkonsum verbunden sind, genannt (Berger & Mooney-Somers, 2017; Ryan, Wortley, Easton, Pederson & Greenwood, 2001).

³⁶ Das Akronym LSBT* steht für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender.

5.3.3 GENDERSENSIBLE SUCHTHILFE: ENTWICKLUNGEN, INSTRUMENTE UND ANFORDERUNGEN

In der Suchthilfe kamen aus der Frauenbewegung der 1970er Jahre erste Impulse für eine frauenspezifische Betrachtungsweise von Substanzabhängigkeit. Thematisiert wurden Lebenslagen von Frauen und insbesondere geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, geschlechtstypische Belastungen und Bewältigungsstrategien (Schwarting, 2016). Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass es zentrale Unterschiede in den Konsummustern und -motiven, den Lebensrealitäten und suchtbefugenen Biographien von Frauen und Männern gibt. Dem stand eine vermeintlich geschlechtsneutrale Sucht- und Drogenhilfe gegenüber, die aber tatsächlich v.a. im Bereich des Konsums illegaler Drogen und Alkohols und bezogen auf das Klientel männlich dominiert war (Tödte, 2016). In der Wissenschaft entwickelten sich in den 1980er Jahren Ansätze für eine frauenspezifische Perspektive auf Sucht (Helfferich, 2006). Im Zentrum stand zunächst die Betrachtung der suchtfördernden und krankmachenden Lebenssituationen von Frauen. Als besonders suchtgefährdend wurden die auf Anpassung und Abhängigkeit ausgerichteten Anteile der weiblichen Rolle bewertet (ebd.). In der Praxis mündete dies aus der Drogenhilfe heraus in die Gründung von Frauensuchtberatungsstellen (z.B. 1978: das *FrauenTherapieZentrum* München; 1982: *Lagaya* in Stuttgart; 1992: *FrauSuchtZukunft* in Berlin; 1992: *BELLA DONNA* in Essen³⁷). Der Fokus lag zunächst auf illegalen Drogen. Die generische Suchthilfe blieb weitgehend unverändert. Helfferich (2006: 36) resümiert:

„Geschlechtergerechte Suchtprävention wird als ‚Frauenangelegenheit‘ gelabelt und in der Nische der allgemeinen ‚Zielgruppenorientierung‘ untergebracht, während alle anderen konzeptionellen Diskussionen geschlechtsneutral gehalten sind.“

Dieser einseitigen Vergeschlechtlichung (Schwarting, 2016) sollte u.a. die Einführung des Arbeitsprinzips Gender Mainstreaming entgegenwirken³⁸. In Deutschland beschloss das Bundeskabinett im Juni 1999 die Übernahme dieses Arbeitsprinzips und verankerte es als *durchgängiges Leitprinzip*, wie es in der Geschäftsordnung der Bundesministerien festgelegt ist (Die Bundesregierung, 2011); einige Bundesländer folgten, etwa Nordrhein-Westfalen mit seinem Entschließungsantrag *Gender Mainstreaming – gleiche Chancen für weibliche und männliche Lebensentwürfe* (Landtag Nordrhein-Westfalen, 2002). Gender Mainstreaming hielt auf diese Weise Einzug in verschiedene Handlungsfelder im Gesundheits- und auch im Suchtbereich. So wird es als Anforderung im *Aktionsplan Drogen und Sucht* der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2003), der später von der *Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik* (2012) abgelöst wurde, im Positionspapier der *Deutschen Hauptstelle für*

³⁷ Die meist Mitte/ Ende der 1980er Jahre gegründeten zehn autonomen Trägervereine sind im *Verbund der feministischen Suchthilfeeinrichtungen für Mädchen und Frauen in Deutschland* zusammengeschlossen.

³⁸ Verankert im Amsterdamer Vertrag von 1997 verpflichteten sich die EU-Mitgliedstaaten, die Dimension Chancengleichheit der Geschlechter in alle Politikbereiche und Maßnahmen zu integrieren und politische Entscheidungen systematisch auf ihre Implikationen für Frauen und Männer hin zu analysieren. Ziele waren die Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern sowie die Beseitigung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern.

Suchtfragen [DHS] (2004), als Querschnittsanforderung bei der Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen durch *gesundheitsziele.de* formuliert (Maschewsky-Schneider, Klärs, Ryl, Sewöster, Starke & Sass, 2009) und taucht in einigen Bundesländern in Landesprogrammen zum Thema Sucht auf, bspw. im *Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen* (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen [MGEPA], 2015b). Zielrichtung war sämtlich, die Berücksichtigung von Geschlecht sicherzustellen und *Gender Bias*, d.h. Verzerrungen durch die Vernachlässigung von Geschlechterunterschieden oder die fälschliche Annahme von der Gleichheit der Geschlechter (Eichler, 2002), zu vermeiden³⁹.

Der Prozess verlief und verläuft nicht nur in der Suchthilfe insgesamt eher zäh, verlangt er doch grundlegendes Umdenken weg von der Logik von Zusatzthemen, Extragruppen und der Gleichsetzung von Gender mit Frauen. Zum genauen Sachstand der Implementierung von Gender in der Suchthilfe liegen keine flächendeckenden Analysen vor. Für Nordrhein-Westfalen hat die *Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich* [FOGS] in den Jahren 2013/2014 im Auftrag der Landesregierung eine Bestandsaufnahme der Situation durchgeführt. Die Ergebnisse wurden im Rahmen einer Fachtagung⁴⁰ der Fachöffentlichkeit vorgestellt; eine Verarbeitung der Ergebnisse erfolgte im Rahmen des *Aktionsplans gegen Sucht Nordrhein-Westfalen* (MGEPA, 2015a). Schu (2014) kommt in ihrem Vortrag auf der Fachtagung zu folgenden Schlußfolgerungen:

- In der Suchthilfe existiert kein einheitliches Verständnis von Gender Mainstreaming.
- Gender Mainstreaming wird in den Institutionen der Suchthilfe nur ansatzweise umgesetzt.
- Gendersensibles Arbeiten ist zwar verbreitet, jedoch kein flächendeckender Standard und konzeptionell nicht ausreichend aufbereitet.
- Eine strukturelle Verankerung findet sich am ehesten im stationären Bereich.
- Expert*innen beklagen ein abnehmendes Bewußtsein für die Bedeutung des Themas. Statt als Kernelement zielgruppenspezifischer Arbeit werde es als Zusatzaufgabe verstanden, die dann wahrgenommen werde, wenn noch Zeit und Ressourcen *übrig* seien.
- Die Befragten äußern Unterstützungsbedarf im Hinblick auf Beispiele guter Praxis, Arbeitsmaterialien und Fortbildungen.

³⁹ Es werden drei Formen des Gender Bias beschrieben: (1) Androzentrismus (Männer bzw. Frauen werden als Norm betrachtet), (2) Geschlechterinsensibilität (biologisches oder soziales Geschlecht werden nicht als relevante Einflussgröße wahrgenommen), (3) Doppelter Bewertungsmaßstab (Geschlechter werden für Situationen, die substantiell identisch sind, unterschiedlich behandelt oder bewertet) (Eichler, 2002).

⁴⁰ Tagung *Zukunftswerkstatt Suchthilfe NRW* in Mülheim 2014, veranstaltet vom *Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Arbeit* (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Bestrebungen, Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich zu verankern, bisher in der Suchthilfe nicht gegriffen haben. Vorliegende Arbeitshilfen werden nicht genutzt und sind möglicherweise auch nicht bekannt.

So entwickelte Ingeborg Jahn (2004), ebenfalls im Auftrag der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, mit der *Gender Matrix* ein Instrument für die systematische Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht im Gesundheitsbereich. Es werden fünf Prüfdimensionen systematisiert, die prinzipiell für jedes Handlungsfeld, für jedes Projekt und für jeden Prozessschritt relevant sind: (1) das Geschlechterthema bzw. die gleichstellungsbezogene Zielsetzung; (2) relevante biologische und soziale Unterschiede zwischen Frauen und Männern; (3) die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen; (4) die verwendeten Methoden sowie (5) die Teilhabe von Frauen und Männern bzw. von weiblichen und männlichen Problemsichten. Die entwickelten Arbeitsfragen beziehen sich auf die verschiedenen Dimensionen der Konzeptentwicklung. Schwarting (2005) hat deren Spezifizierung für den Suchtbereich vorgenommen:

1. Analyse: Gibt es für den Themenbereich Hinweise auf Geschlechterunterschiede, z.B. aus Forschungen, Praxiserfahrungen, Theorien? Gibt es Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Probleme, der Verarbeitungs- und Bewältigungsformen? Gibt es Geschlechterunterschiede bei den Zugängen zum Angebot? Profitieren Frauen und Männer bisher gleichermaßen von den Angeboten? Gibt es Unterschiede bezogen auf Defizite und zu fördernde Ressourcen?
2. Konzept: Welche Vorstellungen über Zusammenhänge und deren Veränderungsmöglichkeiten sind leitend für die Konzeptentwicklung? Werden die in der Analyse ermittelten Unterschiede angemessen in der Konzeptentwicklung verarbeitet? Müssen evtl. für Frauen und Männer unterschiedliche Ziele formuliert werden? Braucht es möglicherweise geschlechtshomogene Angebote/ Projekte?
3. Methode: Sind das Angebot und die Methoden geeignet, um gleichermaßen Frauen und Männer anzusprechen, oder müssen geschlechtsspezifische Zugangswege gewählt werden? Können die gleichen Methoden für beide Geschlechter eingesetzt werden? Sollte das Angebot geschlechtsgemischt oder ganz/ teilweise geschlechtsgetrennt konzipiert werden? Sind bei den ausgewählten Methoden Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen?
4. Rahmenbedingungen/ Setting: Sind Geschlechterunterschiede für das Angebot hinsichtlich der Orte, Zeiten und Räumlichkeiten zu berücksichtigen? Sind bei der Durchführung des Angebotes bei den Mitarbeiter*innen beide Geschlechter beteiligt bzw. ist dies für den Erfolg des Angebotes von Bedeutung?
5. Partizipation: Wie ist die Geschlechterverteilung unter den Beteiligten? Welche Auswirkungen hat die Geschlechterverteilung auf Zielsetzung, Konzeptentwicklung und Durchführung

des Projekts? Wie kann gewährleistet werden, dass die Geschlechter gleichwertig bzw. angemessen beteiligt werden und weibliche und männliche Problemsichten angemessen berücksichtigt werden?⁴¹

Ein weiteres Beispiel ist die aus der Schweiz stammende *Gender-Diversity-Checkliste* (Pfister, 2014), die in einem längeren Diskussionsprozess an der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich entwickelt wurde. Die Checkliste orientiert sich an bereits bestehenden Instrumenten wie *Quint-Essenz von Gesundheitsförderung Schweiz*⁴², wurde aber der Kontextspezifität von Schule, Gender- und Diversitätsorientierung sowie hinsichtlich Praktikabilität bzw. Handhabbarkeit angepasst. Mit Hilfe der Checkliste können die Planungs- und Entscheidungsgrundlagen der Interventionen, ihre Ziele, Maßnahmen und Methoden sowie Dokumentation und Evaluation aus Genderperspektive untersucht werden. Auf dieser Grundlage konnten bestehende Angebote auf ihre Gendersensibilität geprüft und modifiziert werden. Das Beispiel legt nahe, dass ein Diskussionsprozess, in den die Praktiker*innen mit eingebunden sind, den Aufbau von Genderkompetenzen und die Reflektion des eigenen beruflichen Handelns befördern sowie zu neuen Erkenntnissen führen kann. Die Modifizierung bestehender Instrumente für das eigene Praxisfeld unterstützt außerdem deren Akzeptanz und Nutzung.

Dies sind zwei Beispiele für in der Praxis anwendbare und taugliche Instrumente, welche die Berücksichtigung von Geschlecht in der Suchthilfe operationalisieren. Auf Länderebene gingen Geschlechteraspekte je nach politischen Mehrheitsverhältnissen und letztlich Engagement einzelner Politiker*innen bzw. Parteien mehr oder weniger konsequent in politische Entscheidungen und Konzepte ein. Heute ist die Berücksichtigung von Geschlecht zwar selbstverständlicher, zum Standard ist sie jedoch noch nicht geworden. Insbesondere die Suchthilfe zeigt sich in dieser Hinsicht eher schwergängig. Das Land Nordrhein-Westfalen schreibt in seinem *Aktionsplan gegen Sucht* auf Landesebene (MGEPa, 2015a) fest, dass alle Maßnahmen der Suchthilfe geschlechterdifferenziertes Handeln erfordern, da bei der Entstehung und Bewältigung von Abhängigkeit geschlechtsbezogene Aspekte wirksam sind. Es sind daher geschlechtergerechte und geschlechtersensible Präventions- und Hilfsansätze bzw. Strategien für die stärkere Berücksichtigung von Geschlecht in der Suchthilfe zu entwickeln. Angesichts der veränderten politischen Mehrheitsverhältnisse seit der Landtagswahl im Jahr 2017 ist offen, ob und in welcher Weise diese Ziele landespolitisch weiterverfolgt werden.

Auch für die praktische gendersensible Suchthilfe liegen neben zahlreichen Empfehlungen einzelne Manuale vor. Hierzu gehören bspw. der Leitfaden *Frauengerechte Beratung – Männergerechte Beratung* vom *Bundesamt für Gesundheit* in der Schweiz sowie der *Leitfaden zur männerspezifischen*

⁴¹ Einen ähnlichen Fragenkatalog haben Heinzen-Voß und Ludwig (2016) für die Suchthilfe formuliert.

⁴² Gesundheitsförderung Schweiz stellt verschiedene Instrumente der Qualitätssicherung zur Verfügung, u.a. eine Checkliste zur Genderperspektive. Abrufbar unter <https://www.quint-essenz.ch/de/tools/1054> (letzter Zugriff, 12.8.2018).

Sucht- und Drogenarbeit des LWL. Aus der Analyse des Zusammenhangs von Gender und Substanzabhängigkeit ergeben sich die folgenden Schwerpunktthemen und Ziele für frauen- und männerreflektierte Ansätze in der Begleitung und Therapie von Substanzabhängigkeit:

- Frauen: Reflektion des Verständnisses von Weiblichkeit, Selbstbestimmung, Selbstvertrauen und Wertschätzung sich selbst gegenüber entwickeln helfen, Erkennen und Durchsetzen eigener Bedürfnisse und Interessen fördern, Förderung von Konfliktfähigkeit, Abgrenzung und Durchsetzungsfähigkeit.
- Männer: Reflektion des Verständnisses von Männlichkeit, Sensibilisierung für die Funktionalisierung von Drogen zur Konstruktion der eigenen Männlichkeit, Förderung differenzierter Körperwahrnehmung, Ausdruck für Gefühle und Emotionen finden, Ressourcen und Eigenschaften unabhängig von Werten der Leistungsorientierung wertschätzen und neue Bilder von Männlichkeit entwickeln (Heinzen-Voß & Ludwig, 2016; Bundesamt für Gesundheit, 2005; LWL, 2006; Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW BELLA DONNA, 1999).

Gesundheitsförderung ist trotz anderslautender Empfehlungen z.B. von der WHO und fast erdrückender Evidenz weitgehend geschlechtsblind. Die Herausforderung bei der Entwicklung gendersensibler und genderspezifischer Interventionen ist es, Geschlecht zu berücksichtigen, um zielgruppengerechte und passende Konzepte zu entwickeln, ohne Geschlechterklischees zu bedienen. Bottorff et al. (2014) formulieren drei Prinzipien und Empfehlungen für die Entwicklung von Interventionen der Tabakentwöhnung:

1. Interventionen müssen sich auf solide Konzeptualisierungen von Gender gründen. Das Rahmenkonzept muss davon ausgehen, dass (1) Gender relational und dynamisch ist, (2) Genderidentitäten divers und fluide sind und (3) Gender im sozialen Kontext geformt wird und mit anderen sozialen Determinanten interagiert;
2. Tabakentwöhnung muss Komponenten einschließen, die auf genderbezogene Wirkfaktoren gerichtet sind; hierdurch wird der Homogenisierung der Genusgruppen entgegengewirkt und es können lebensweltbezogene Aspekte einbezogen werden;
3. Interventionen sollten darauf abzielen, Geschlechtergerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und innerhalb der Genusgruppen herzustellen sowie gesundheitsförderliche Gendernormen, -rollen und -beziehungen zu fördern. An die Stelle von Geschlechterstereotypen sollen positive Repräsentationen von Männlichkeit und Weiblichkeit treten.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, plädieren Wissenschaftlicher*innen aus den USA für eine *gendertransformative* Vorgehensweise (Bottorff et al., 2014; Pederson, Greaves & Poole, 2015; Greaves, 2014). Gendertransformative Gesundheitsförderung muss, so wird argumentiert, an Gender

als Element sozialer Systeme und Strukturen ansetzen und es nicht nur als individuelles Attribut begreifen (Pederson et al., 2015). Auf diese Weise werden Interventionen stärker auf Verhältnisprävention gerichtet statt – wie bisher so häufig – die Verhaltensprävention in den Blick zu nehmen. Dies bedeutet auch, dass nicht allein die Verbesserung der individuellen Gesundheit im Mittelpunkt steht, sondern die Interventionen auch auf die Veränderung negativer Gendernormen zielen. Wie diese Perspektive in die Praxis gendersensibler und genderspezifischer Angebote Eingang finden kann, ist Gegenstand von Kapitel 6.3.

5.4 ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Kapitel wurden die beiden theoretischen Stränge der Forschungsarbeit, Theorien bzw. Modelle der Tabakentwöhnung einerseits und Geschlechtertheorien andererseits, zusammengeführt. Die der Tabakentwöhnung zugrundeliegenden Theorien und Modelle berücksichtigen Geschlecht nicht explizit. Auf der Ebene der Empirie liegen allerdings Befunde zu möglichen Geschlechtsunterschieden vor, die für die Tabakentwöhnung bedeutsam sind. So gibt es Hinweise auf eine geschlechtstypisch unterschiedliche Bedeutung und Nutzung sozialer Unterstützung, Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung und Wahl der Copingstrategien. Die Befunde sind jedoch nicht konsistent, was möglicherweise auch auf nicht ausreichend ausdifferenzierte Konzeptualisierungen von Gender zurückgeführt werden kann.

Der Diskurs zu Geschlecht wurde umrissen, um zu verdeutlichen, wie Geschlecht und gesundheitsrelevantes Handeln zusammenhängen. Im Mittelpunkt steht die Annahme der sozialen Konstruktion von Geschlecht, die dazu führt, dass körperbezogenes Handeln der Re-Inszenierung von Geschlecht dient. Riskanter Substanzkonsum eignet sich insbesondere im Sinne des *Doing Gender with Drugs* zur Herstellung von hegemonialer Männlichkeit.

Es konnte gezeigt werden, dass die vermeintliche Geschlechtsneutralität in der Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt und insbesondere in der Tabakentwöhnung nicht möglich ist, da das Handeln und Denken in Kategorien von Geschlecht omnipräsent und unvermeidlich ist. Diese Perspektive ist bedeutsam für die Praxis der Tabakentwöhnung, welche im Mittelpunkt des nächsten Kapitels steht. Es werden die verschiedenen Angebote der Tabakentwöhnung sowie deren Effektivität unter Berücksichtigung geschlechtsbezogener Befunde dargestellt. Von besonderem Interesse ist, inwieweit sich gendersensible Ansätze in der Suchthilfe im Allgemeinen und der Tabakentwöhnung im Besonderen finden.

6 STAND DER TABAKENTWÖHNUNG IN DEUTSCHLAND

Die vorangegangenen Ausführungen verdeutlichen den großen Handlungsbedarf zur Prävention des Tabakkonsums. Auf europäischer Ebene rangiert Deutschland mit seiner Tabakkontrollpolitik auf dem vorletzten Rang der Tabakkontrollskala (*Tobacco Control Scale, TCS*) des Jahres 2013, was vor allem durch die nach wie vor bestehenden Möglichkeiten der Tabakwerbung und die Erlaubnis der kostenlosen Abgabe von Tabakerzeugnissen bedingt ist (Joossens & Raw, 2017; Schwarzer, 1992b; Tretter, 2005). Neben verhältnispräventiven Maßnahmen wie bspw. dem Rauchverbot in öffentlichen Räumen zielt die Tabakprävention hauptsächlich auf die individuumszentrierte Verhaltensprävention. Ihre Zielsetzung ist eine zweifache: zum einen den Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern und zum anderen Raucher*innen den Ausstieg zu erleichtern. Zur Unterstützung des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum stehen Aufhörwilligen vielfältige Instrumente und Materialien zur Verfügung. Hierzu gehören Selbsthilfeprogramme in Form von Broschüren und Büchern, Internetausstiegsprogramme sowie telefonische Beratungen (*Raucherhotlines*) für verschiedene Zielgruppen bis hin zu kognitiv-behavioralen Therapien in Einzelberatung oder Gruppenangeboten, die eintägig oder mehrtägig angeboten werden⁴³.

Im Mittelpunkt des folgenden Kapitels steht die Tabakentwöhnung. Zunächst werden Angebote und Hilfsmittel, die den Ausstieg unterstützen können, sowie ihre Inanspruchnahme durch Raucher*innen (Unterkapitel 6.1) beschrieben. Im zweiten Unterkapitel (6.2) wird die geschlechterbezogene Suchthilfe nachvollzogen. Die Darstellung der Effektivität der geschilderten Strategien und Angebote ist Gegenstand des darauffolgenden Unterkapitels (6.3). Den Abschluss bildet der geschlechterbezogene Blick auf die vorliegenden Entwöhnungsprogramme (6.4).

6.1 ANGEBOTE UND STRATEGIEN DES RAUCHAUSSTIEGS

Aufhörwilligen Raucher*innen steht eine fast unüberschaubare Vielzahl von Hilfsmitteln und Unterstützungsangeboten zur Verfügung. Diese lassen sich in drei Gruppen einteilen:

1. verhaltenstherapeutische Angebote, die auf die Unterstützung der Verhaltensänderung vom Rauchen zum Nichtrauchen zielen;
2. medikamentöse Therapiestrategien und E-Inhalationsprodukte, mit deren Hilfe Rauchverlangen und Entzugssymptome abgeschwächt und die Rückfallgefahr, die in den ersten Tagen des Rauchstopps am größten ist, gemildert werden sollen sowie

⁴³ Einen guten Überblick geben die Internetseite des Deutschen Krebsforschungszentrums (www.dkfz.de) sowie die gemeinsame Interseite der BZgA und des DKFZ www.anbieter-raucherberatung.de, auf der die vorhandenen Kursangebote bundesweit zusammengestellt sind.

3. eine Reihe von alternativen Verfahren wie Hypnose und Akupunktur.

6.1.1 VERHALTENSTHERAPEUTISCHE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE

Die verhaltenstherapeutischen Angebote zur Tabakentwöhnung sind vielfältig und reichen von niedrigschwelligen Informationsmaterialien bis zu höherschwelligen Angeboten zur Begleitung des Rauchstopps. Im Einzelnen finden sich folgende psycho-soziale Angebotsformen, die von niedrig- zu höherschwellig sortiert dargestellt werden:

- **Informationsbroschüren, Bücher, Ratgeber, CDs und DVDs zum selbstständigen Rauchstopp** liegen in großer Zahl von verschiedenen Institutionen vor. Die meisten Materialien basieren auf einem multimodalen Ansatz, d.h. dass unterschiedliche Techniken und Methoden aus verschiedenen Therapie- bzw. Theorierichtungen zum Einsatz kommen (Kröger, Flöter & Piontek, 2007). Oftmals werden sie kostenlos zur Verfügung gestellt, wie das sog. *Startpaket der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]*, das neben der *rauchfrei*-Broschüre den *rauchfrei*-Kalender für die erste Zeit nach dem Rauchstopp enthält.
- **Internetforen** und moderierte Internetchats können zur Information wie zum Austausch mit anderen Aufhörwilligen genutzt werden. Die Eingabe „Internetforen rauchfrei“ ergibt bei google 9.740 Treffer [08.08.2018]. Entsprechend vielfältig sind die Webseiten, die sich hinter den Treffern verbergen. Insgesamt kann von einer großen qualitativen Bandbreite von Internetforen für Aussteiger*innen gesprochen werden. Nicht immer ist für Nutzer*innen ersichtlich, wer die Webseite betreibt und welche möglicherweise kommerziellen Interessen dahinter stehen, da die notwendigen Angaben im Impressum fehlen. Außerdem finden sich große Unterschiede in der Aufmachung der Webseiten und dem Umfang von Produktplatzierungen. Gemeinsam ist den Internetforen, dass sie Ausstiegswilligen die Möglichkeit bieten, sich mit anderen Betroffenen über Erfahrungen und Schwierigkeiten während des Rauchstopps auszutauschen.
- **Online-Ausstiegsprogramme** bieten Aufhörwilligen eine anonyme Unterstützung des individuellen Rauchstopps. Zu nennen ist hier bspw. das *rauchfrei Ausstiegsprogramm* der BZgA (www.rauchfrei-info.de), in dem Ausstiegswillige nach ihrer Registrierung über einen Zeitraum von 21 Tagen mit Informationen und Empfehlungen zum Rauchstopp begleitet werden. Auch das Online-Programm www.ich-werde-nichtraucher.de des AOK-Bundesverbandes⁴⁴ bietet den AOK-Versicherten ein Online-Ausstiegstraining, ein Ratgeberforum und Expertenchats zum Rauchstopp. Als ein zielgruppenspezifisches Angebot ist das Online-Rauchstoppprogramm *IRIS*

⁴⁴ Letzter Zugriff am 08.08.2017.

(www.iris-plattform.de), welches Schwangere beim Rauchstopp unterstützt, zu erwähnen⁴⁵. Träger dieses Angebots ist die *Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung Tübingen*. Neben Hintergrundinformationen bietet das Programm für die Dauer von 12 Wochen die Begleitung des Rauchstoffs, enthält interaktive Online-Übungen, mittels derer sich Aufhörwillige mit ihren individuellen Bedürfnissen und Lösungsstrategien auseinandersetzen können, sowie die Möglichkeit, den eigenen Fortschritt zu verfolgen.

- Inzwischen liegt auch eine Reihe von **Apps** vor, die den individuellen Rauchstopp unterstützen sollen. Dabei handelt es sich um Anwendungen, die auf einem Smartphone oder Tablet installiert werden können. Im google play Appstore werden bspw. rund 250 unterschiedliche Apps zum Rauchstopp angeboten (<https://play.google.com/store/apps>)⁴⁶. Nach der Eingabe der bisherigen Rauchgewohnheiten errechnet die App täglich die erzielten Erfolge hinsichtlich nicht gerauchter Zigaretten, Geldersparnis, Zugewinn an Gesundheit, körperlicher Fitness und Lebenszeit. Motivierend sollen die Verleihung von sog. *Trophäen* z.B. für die Reduktion des Herzinfarkttrisikos um x-Prozent sowie ein *Erfolgsgenerator* (z.B. *Durchatmen* in der App *Nichtraucher LITE*) wirken. Hier gibt der*die User*in einen mit dem Onlineversandhandel *Amazon* verknüpften Wunschzettel ein und das Programm errechnet den Zeitpunkt, zu dem das durch den Rauchstopp gesparte Geld ausreicht, um den Artikel erwerben zu können. Die erzielten Erfolge auf einer *facebook* Pinnwand oder bei *Twitter* zu posten und sich mit anderen Usern auszutauschen, ist ebenfalls Bestandteil. Die BZgA empfiehlt und verweist auf den kostenlosen iCoach auf www.exsmokers.eu, der von der EU-Kommission im Rahmen der Kampagne *Ex-Raucher sind nicht aufzuhalten* im Jahr 2011 in 27 europäischen Ländern ins Leben gerufen wurde und als mobile App den individuellen Rauchstopp begleitet⁴⁷. Das Programm orientiert sich an den Phasen der Verhaltensänderung und spricht verschiedene Zielgruppen an. Die Angebote richten sich daher nicht nur an Ausstiegswillige, sondern bieten auch denjenigen Raucher*innen, die bisher noch keinen Rauchstopp geplant haben, Unterstützung bei der Entwicklung der Motivation zum Ausstieg.

Einzelberatung findet im individuellen Kontakt zwischen Raucher*in und Anbieter*in einer unterstützenden Maßnahme statt. Hierzu gehören persönliche Beratungen sowie telefonische oder internetgestützte Angebote.

⁴⁵ Letzter Zugriff am 12.03.2018.

⁴⁶ Letzte Suche erfolgte am 08.08.2018.

⁴⁷ Letzter Zugriff am 12.05.2017.

- **Telefonische Beratung/ Rauchertelefone** wie die Beratungstelefone zur Tabakentwöhnung der BZgA und des DKFZ, bieten Aufhörwilligen die Möglichkeit der Beratung durch geschulte Berater*innen unterschiedlicher Berufsgruppen (z.B. Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen). Der Vorteil dieser Beratungsform ist, dass Ratsuchende gemäß ihrer individuellen Situation und ihres Bedarfs unterstützt werden können. Hierfür können einer oder mehrere Beratungskontakte genutzt werden. Auf Wunsch werden außerdem Informationsmaterialien zugesendet und Adressen von Entwöhnungsangeboten vor Ort weitergegeben.
- **Kurzintervention (face-to-face)**, z.B. in der ärztlichen Praxis. Es sind vor allem die Berufsgruppen in der gesundheitlichen Versorgung und hier in erster Linie Ärzt*innen aufgefordert, Patient*innen aktiv auf ihren Tabakkonsum anzusprechen mit dem Ziel, diese zu einem Aufhörversuch zu motivieren (AWMF, 2015). Die Kurzberatung dauert zwischen ein bis zwei und 20 Minuten und basiert auf der **5 A-Methode** (Fiore, Jaén, Baker, Bailey, Benowitz, Curry et al., 2008): *Ask*: Abfragen des Rauchverhaltens, *Advise*: Anraten des Rauchverzichts und Information über die persönlichen gesundheitlichen Risiken des Weiterrauchens, *Assess*: Ansprechen der Aufhörmotivation, *Assist*: Aktive Unterstützung beim Rauchstoppversuch durch Aufzeigen von Hilfsmitteln und Unterstützungsmöglichkeiten sowie *Arrange*: Arrangieren der Nachbetreuung, Rückfallbetreuung und Rückfallprophylaxe. Die Hausarztpraxis gilt als ideales Setting für die Tabakentwöhnung. Die bundesweite *ÄSP-kardio-Studie* liefert aktuelle Daten zum Status quo der Tabakentwöhnung nach der 5 A-Strategie in deutschen Hausarztpraxen (Schneider, Diehl, Bock, Herr, Mayer, Lindinger et al., 2014). Die repräsentative Befragung von über 4000 Hausärzt*innen im Zeitraum 10/2011 bis 03/2012 zeigte, dass 89 % der Befragten den etwaigen Tabakkonsum ihrer Patient*innen erfragen (*Assess*). 82 % rieten rauchenden Patient*innen zu einem Rauchstopp (*Advise*) und 12 % vereinbarten schriftliche Ziele einer Entwöhnung (*Agree*). Hilfestellungen (*Assist*) in Form einer Kurzintervention fanden mit 72 % deutlich häufiger statt als in Form von Informationsmaterial (33 %) oder einer Entwöhnungstherapie (27 %). Etwa die Hälfte (54 %) vereinbarte Folgetermine zur Überprüfung des Rauchstopps (*Arrange*). Acht von 10 Hausärzt*innen (77 %) bewerteten ihre Maßnahmen als nicht erfolgreich.

Gruppenberatung bezieht sich auf persönliche Kontakte zwischen mindestens zwei Raucher*innen und Anbieter*in mit dem Ziel, das Rauchen aufzugeben. Es lassen sich verschiedene Formate hinsichtlich Umfang und Dauer unterscheiden.

- **Eintägige Tabakentwöhnungsseminare** werden erst seit einigen Jahren als Gruppenkurse angeboten. Die Anbieter*innen werben damit, dass es gelingen kann, innerhalb eines Tages *glücklicher Nichtraucher* (www.gluecklicher-nichtraucher.de) zu werden. Das Programm kombiniert kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente mit Akupunktur und Homöopathie. Die Kosten für die-

se Seminare sind auf Grundlage des § 20 Sozialgesetzbuch [SGB] V von den Krankenkassen erstattungsfähig.

- **Mehrtägige Tabakentwöhnungskurse** sind Gruppenkurse auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage. Am häufigsten wird das *Rauchfrei-Programm* angeboten⁴⁸, das vom IFT und der BZgA entwickelt wurde und mit seiner Einführung im Jahr 2007 das Vorgängerprogramm *Rauchfrei in 10 Schritten* ablöste. Ziel dieser Kurse ist, nicht nur zum rauchfreien Leben zu motivieren, sondern bei der Umsetzung und Stabilisierung rauchfreien Verhaltens zu unterstützen. Wichtige Elemente sind die Analyse des eigenen Rauchverhaltens, der gemeinsame Rauchstopp im Kurs, Selbstbeobachtung, das Erlernen von Alternativen zum Rauchen und der Austausch mit den anderen Kursteilnehmer*innen. Um alle drei Phasen des Ausstiegsprozesses (Vorbereitung, Rauchstopp, Abstinenz) abzudecken, umfassen die Kurse zwei bis zehn Sitzungen mit ein bis drei Terminen pro Woche; die Gruppengröße liegt zwischen fünf und zwölf Personen. Die Kurskosten werden auf Grundlage von § 20 SGB V von den Krankenkassen erstattet.

Typische Anbieter*innen der beiden letztgenannten Unterstützungsprogramme sind Ärzt*innen, Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen, Suchttherapeut*innen, Pädagog*innen und Sozialarbeiter*innen. Die Angebote erfolgen selbstständig, d.h. in der eigenen Praxis. Daneben gibt es institutionalisierte Kursangebote vornehmlich des *Rauchfrei-Programms*, deren Träger die gesetzlichen Krankenkassen, meist mit Kooperationspartnern wie Volkshochschulen, Wohlfahrtsverbänden oder einzelnen Anbietern aus den o.g. Berufsgruppen, sind. Die GKV folgt hierbei vielfach der Strategie des Settingansatzes, um die Versicherten in Schulen, am Arbeitsplatz und im Stadtteil effektiver zu erreichen. Eine Vollerhebung der ambulanten Angebote der Tabakentwöhnung im Jahr 2007 identifizierte bundesweit rund 3.000 Angebote mit ca. 250.000 Plätzen pro Jahr, von denen die meisten die o.g. Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie verwendeten (Etzel, Mons, Schmitt, Lang & Pötschke-Langer, 2008). Das bedeutet, dass 2 % der Raucher*innen in Deutschland an einer Raucherberatung teilnehmen könnten.

Das *Rauchfrei-Programm* kann aufgrund seiner Evidenzbasierung und Verbreitung nahezu als Standardprogramm für die Tabakentwöhnung angesehen werden, wengleich es von Anbieter*innen vielfach modifiziert wird, um ein möglichst niedrigschwelliges Angebot machen zu können. Da keine verbindlichen Qualitätsstandards für Entwöhnungsangebote und ebenfalls keine konsentierten Anforderungen an die Qualifikation der Anbieter*innen vorliegen, umfasst die Angebotslandschaft ein breites Spektrum von Anbieter*innen und Angebotsformen. Die Inanspruchnahme der von den Kran-

⁴⁸ Über 800 ausgebildete Kursleiter*innen in ganz Deutschland bieten Kurse nach dem *Rauchfrei-Programm* an. Eine Übersicht, die stets aktualisiert wird, findet sich unter: www.rauchfrei-programm.de.

kenkassen – ggf. in Kooperation mit anderen Institutionen bzw. Anbieter*innen – angebotenen Entwöhnungskurse liegt laut Berichterstattung der GKV seit 2005 zwischen 10.000 und 12.400 Teilnehmenden und bewegt sich seit 2010 relativ konstant bei ca. 12.800 Teilnehmer*innen, sank allerdings im Jahr 2016 auf 9.570 Teilnahmen (MDS & GKV-Spitzenverband, 2012 & 2017). Anbieter*innen berichteten jedoch im Rahmen der Vollerhebung des DKFZ mangelnden Zulauf und häufiges Ausfallen von Kursen (Etzel et al., 2008; AWMF, 2015).

6.1.2 MEDIKAMENTÖSE THERAPIESTRATEGIEN

Das Nikotin gilt als die zentrale abhängigkeiterzeugende Substanz im Tabakrauch, die für die Aufrechterhaltung des Konsums maßgeblich ist (AWMF, 2015). Die Entzugssymptome beim Rauchstopp wie starkes Rauchverlangen, Nervosität, Aggressivität, Schlafstörungen, depressive Stimmung, gastrointestinale Störungen etc. entstehen in erster Linie durch die mangelnde Nikotinzufuhr. Um diese Symptomatik abzumildern und den Rauchstopp zu erleichtern, werden entsprechende Nikotinersatzstofftherapeutika [NET] verabreicht bzw. von Aussteiger*innen selbstständig genutzt. Die Präparate ermöglichen die Nikotinsubstitution ohne die begleitenden Schadstoffe in Tabakprodukten und reichen von Nikotinkaugummis und -lutschtabletten über Nikotinpflaster bis zu Nikotinmundsprays, Nasalsprays und Inhalern. Sie alle zielen auf die Unterdrückung der Entzugssymptomatik und des Rauchverlangens und sind in verschiedenen Formen seit 1983 in Deutschland als Medikamente erhältlich bzw. frei verkäuflich. Aufgrund ihrer geringen Nebenwirkungen gelten sie als Arzneimittel erster Wahl zur Unterstützung des Rauchstopps (ebd.). NET werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss als Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität eingestuft. Sie fallen damit in die gleiche Kategorie wie Arzneimittel zur Regulierung des Körpergewichts und der Behandlung sexueller/ erektiler Dysfunktion; sie sind daher zwar teilweise rezeptpflichtig, jedoch nicht erstattungsfähig (§34 SGB V).

In der Phase der Tabakentwöhnung können depressive Symptome auftreten oder sich bereits bestehende Symptome verschlechtern (AWMF, 2015). Zu ihrer Behandlung im Rahmen der Tabakentwöhnung sind in Deutschland zwei Präparate zugelassen: Bupropion (Antidepressivum) und Vareniclin (Partieller Nikotinagonist), die beide verschreibungs- und apothekenpflichtig sind. Das seit dem Jahr 2000 zugelassene Antidepressivum Bupropion greift in das Dopaminsystem ein, hemmt die Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin und mildert hierdurch Entzugserscheinungen und insbesondere das Craving, ohne dass dem Körper Nikotin zugeführt wird. Ein zweites von der *European Medicines Agency* (EMA) zur Tabakentwöhnung und seit 2007 auch in Deutschland zugelassenes Medikament ist Vareniclin. Dieser Wirkstoff lagert sich an den Nikotinrezeptoren an und bewirkt zum einen eine Freisetzung von Dopamin und blockiert andererseits die Rezeptoren für Nikotin, sodass das Nikotin im Falle des Rauchens nicht dort andocken kann. Dadurch wird der Belohnungseffekt des

Tabakkonsums reduziert und Entzugssymptome und Verlangen nach Nikotin werden gemildert (DKFZ, 2015). Die Einnahme von Bupropion und Vareniclin führt allerdings häufig zu unerwünschten Nebenwirkungen wie z.B. Schlafstörungen, abnormen Träumen, Unruhe bis hin zu Gereiztheit und Aggressivität. Daher sollte vor ihrer Einnahme eine sorgfältige Nutzen- und Risikoabschätzung durch eine*n Ärzt*in erfolgen. Beide Präparate gelten wegen ihrer möglichen Nebenwirkungen als Mittel zweiter Wahl, denen gegenüber NET stets der Vorzug gegeben werden sollte (ebd.).

6.1.3 E-ZIGARETTE

Seit einigen Jahren werden auch elektronische Inhalationsprodukte (E-Inhalationsprodukte) als Alternative zu herkömmlichen Tabakprodukten, als Hilfsmittel zur Tabakentwöhnung und Möglichkeit, in Rauchverbotszonen Nikotin zu konsumieren, angeboten und stark genutzt. Sie enthalten eine Flüssigkeit (Liquid) aus Propylenglykol und/ oder Glycerin, Aromen und zumeist Nikotin. Die Flüssigkeit wird außerdem mit verschiedenen Aromen versetzt angeboten. Das durch Verdampfung entstehende Aerosol wird wie beim Rauchen inhaliert (DKFZ, 2015). War zunächst vor allem die E-Zigarette erhältlich, so kamen anschließend nachfüllbare oder Einwegproduktvarianten in verschiedensten Formen und Farben auf den Markt (E-Shisha, E-Pfeife, E-Joints), die jedoch alle das gleiche oben beschriebene Prinzip haben. Inhalationsprodukte können auf verschiedene Weise für die Tabakentwöhnung genutzt werden: (1) ähnlich wie NET als vorübergehendes Hilfsmittel bis zum Rauchstopp, (2) als dauerhafte Alternative zum Zigarettenkonsum (Substitution) und (3) in Kombination mit herkömmlichen Zigaretten zur Reduktion des Zigarettenkonsums (*Dual Use*) (AWMF, 2015). Die Nutzung der E-Zigarette wurde wegen möglicher negativer Auswirkungen auf die Gesundheit sehr schnell kontrovers diskutiert. Aufgrund fehlender Daten ist jedoch keine verlässliche Einschätzung der langfristigen gesundheitlichen Risiken möglich. Es wird aber davon ausgegangen, dass die Inhaltsstoffe gesundheitsschädliche Wirkungen haben können. Neben dem enthaltenen Nikotin werden die folgenden Substanzen werden als gesundheitlich bedenklich eingestuft:

- Kanzerogene wie Formaldehyd, Benzol und tabakspezifische Nitrosamine in niedriger Konzentration; da es für Kanzerogene keinen Schwellenwert gibt, unterhalb dessen eine kanzerogene Wirkung ausgeschlossen werden könnte, sind auch diese geringen Mengen als potentiell gesundheitsschädigend einzustufen.
- Flüssigkeitspartikel des Aerosols von E-Zigaretten haben eine ähnliche Größe und Konzentration wie im Tabakrauch und lagern sich ebenfalls in der Lunge ab.
- Aromen können Allergien und Atemwegserkrankungen auslösen.
- Mit jedem Zug an einer E-Zigarette werden $160\text{mg}/\text{m}^3$ Propylenglykol inhaliert (Schwellenwert $6\text{-}12\text{mg}/\text{m}^3$).

- Im Aerosol konnten Cadmium (kanzerogen), Nickel und Blei (möglicherweise kanzerogen), Aluminium und Kupfer nachgewiesen werden.

Das DKFZ kommt daher zu dem Schluss, dass E-Inhalationsprodukte zwar weniger schädlich sind als Zigaretten, allerdings nur, wenn sie den Tabakkonsum vollständig ersetzen. Bei gleichzeitiger Verwendung ist kein gesundheitlicher Nutzen vorhanden. Kritisch wird angemerkt, dass E-Inhalationsprodukte zur „*Renormalisierung des Rauchens*“ (DKFZ, 2015: 19) führen und vor allem bei Kindern und Jugendlichen den Einstieg in den Tabakkonsum bahnen können. Wegen ihrer hohen Akzeptanz wird die E-Zigarette vor allem als geeignetes Mittel zur Entwöhnung für stark konsumierende Raucher*innen diskutiert. Aufgrund fehlender Daten zur Langzeitwirkung und der Wirkung des *Dual Use* kann dieses Hilfsmittel jedoch nicht uneingeschränkt empfohlen werden (AWMF, 2015).

Trotz vorliegender wissenschaftlicher Evidenz (s. 6.2) werden die Kosten für NET nicht von den Krankenkassen übernommen, was Gohlke (2017) scharf kritisiert und als ein Element der unzureichenden Tabakkontrollpolitik in Deutschland bewertet.

6.1.4 WEITERE VERFAHREN

Alternative Verfahren sind zurückzuführen auf traditionelle Heilverfahren (wie z.B. Akupunktur) der verschiedenen Kulturkreise. Ihre spezifischen Wirkmechanismen wurden bisher jedoch wenig untersucht; ihre Effektivität ist daher nicht ausreichend wissenschaftlich nachgewiesen. Gleichwohl genießen sie eine große Popularität.

- **Hypnose** ist eine suggestive Therapietechnik, die das Unterbewußtsein des*der Raucher*in ansprechen soll. Damit sollen die Motivation zum Rauchstopp gestärkt, das Rauchverlangen minimiert, die Anwendung von Verhaltensregeln beim Rauchstopp und das Widerstehen in Versuchungssituationen erleichtert werden (Kröger & Piontek, 2011). Die Behandlung kann eine oder mehrere Sitzungen umfassen und sowohl in Einzel- als auch Gruppensitzungen erfolgen.
- **Akupunktur** besteht aus einer Reizung verschiedener körperlicher Punkte durch das Einstechen feiner Nadeln. Bei Raucher*innen soll die Stimulation der entsprechenden Reizpunkte, vorzugsweise im Ohr, die Reduktion von Entzugserscheinungen und des Rauchverlangens bewirken. In der Regel sind hierzu mehrere Sitzungen nötig. Eine Kombination mit anderen Verfahren ist möglich (s. auch „Eintägige Tabakentwöhnungsseminare“) (ebd.).

6.2 EFFEKTIVITÄT DER TABAKENTWÖHNUNG

Zentrales Erfolgskriterium von Interventionen sind die Abstinenzquoten, wobei zwischen kurz- und langfristigem Abstinenzserfolg unterschieden wird (Kröger & Piontek, 2011). Da im deutschsprachigen Raum nur wenige Evaluationen im Bereich Tabakentwöhnung vorliegen, beziehen sich Qualitätskri-

terien und Behandlungsempfehlungen der deutschen *Leitlinie Tabakentwöhnung* der AWMF vor allem auf internationale Arbeiten. Hier sind an erster Stelle die *Clinical Practice Guidelines* des USDHHS⁴⁹ (Fiore et al., 2008) sowie die Cochrane-Reviews (z.B. Stead & Lancaster, 2012a und 2012b) zu nennen, die in umfassenden Meta-Analysen den Wissensstand zusammenfassen. Für die meisten Entwöhnungsprogramme in Deutschland fehlen jedoch randomisierte kontrollierte Studien (AWMF, 2015). Im Folgenden soll kurz umrissen werden, wie die Evidenz für die NET, alternative Behandlungsmethoden sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzelberatung und Gruppenberatung einzuschätzen ist.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppenangebote

Beratungs- und Unterstützungsangebote unterscheiden sich nach Art bzw. Format des Angebots (z.B. persönlicher Kontakt, internetbasiert, telefonische Beratung), Intensität (Dauer und Häufigkeit des Kontakts), Zielsetzung (Motivation fördern, konkreten Ausstieg begleiten, Nichtraucher stabilisieren) und Zielgruppe (Alter, Stärke der Abhängigkeit, Stadium der Verhaltensänderung).

Die Leitlinie der AWMF (2015) empfiehlt Kurzinterventionen zur Förderung der Ausstiegsmotivation und für entwöhnungswillige Raucher*innen die Nutzung einer verhaltenstherapeutischen Gruppen- oder Einzelbehandlung. Häufig wird die Frage diskutiert, ob Gruppenberatung vorteilhafter und erfolgreicher ist als die individuelle Begleitung Aufhörwilliger. Für beide Vorgehensweisen konnten Fiore et al. (2008) jeweils Vorteile identifizieren. So sind Gruppenangebote nicht nur ökonomischer, sondern die soziale Unterstützung und der gemeinsame Lernprozess in der Gruppe tragen zum Erfolg bei. Individualberatung ist demgegenüber flexibler, intensiver und individuell gestaltbar. Bei der Gegenüberstellung der Angebote muss außerdem berücksichtigt werden, wie hoch ihr Impact ist, d.h. wie viele Menschen mit der Maßnahme erreicht werden und wie stark die Abhängigkeit und Aufhörtmotivation der Teilnehmenden ist. Die Leitlinie *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guidelines* identifiziert individuelle Beratung als effektiver als andere Formen personaler Beratungsinterventionen (ebd.). Andere Übersichtsarbeiten kommen zu dem Schluss, dass die Entwöhnung in Gruppen erfolgreicher ist als die Einzelbehandlung: unter allen psychotherapeutischen Maßnahmen haben sie die höchste Effektivität (Stead & Lancaster, 2005). Von größerer Bedeutung als die Form der Begleitung (Gruppe oder Einzel) scheinen allerdings die zeitliche Länge und die Intensität des Kontaktes, unabhängig vom Typus des*r Rauchers*in (z.B. starke vs. weniger starke Raucher*innen), zu sein (Singleton, Levin, Feldmann & Truglio-Londrigan, 2005; Fiore et al. 2008).

⁴⁹ Grundlage dieser Leitlinie ist ein Literaturreview von 8.700 Forschungsartikeln.

Zur Frage ob Männer und Frauen gleichermaßen von solchen Entwöhnungsprogrammen profitieren oder welche Interventionsart besonders effektiv für Frauen bzw. Männer ist, liegen kaum Daten vor, da die meisten Studiendesigns nicht geschlechtersensibel sind und Ergebnisse nicht geschlechterdifferenziert aufbereitet werden (Singleton et al., 2005). Die nach Geschlecht differenzierte Evaluation des *Rauchfrei-Programms* des IFT des Jahres 2011 zeigt, dass es nur geringfügige, nicht signifikante Geschlechterunterschiede bei den kurzfristigen Abstinenzquoten gab (Frauen 59,3 % vs. Männer 62,6 %). Die langfristigen Abstinenzquoten zeigten jedoch signifikante Unterschiede. So waren nach einem Jahr noch 34,8 % der Männer und 29,0 % der Frauen abstinent (Kröger, 2011). Demgegenüber werden in Metaanalysen sechsmonatige Abstinenzraten von 12 % (bei Einsatz von Selbsthilfemethoden) bis zu 17 % (beim individuell unterstützten Rauchstopp) genannt⁵⁰ (Fiore et al., 2008).

Medikamentöse Therapiestrategien

Die Wirksamkeit der medikamentösen Unterstützung des Tabakausstiegs ist in zahlreichen randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen worden und gilt als gesichert (Fiore et al. 2008; Stead & Lancaster, 2012a). So konnten Metaanalysen auf der Basis von mehr als 100 Studien zeigen, dass die Aufhörwahrscheinlichkeit mit Hilfe von NET um etwa einen Faktor von 1,7 gesteigert werden kann (Stead & Lancaster, 2012a). Die Abstinenzrate mit NET sechs Monate nach dem Rauchstopp wird in Meta-Analysen auf 21,7 % geschätzt (Fiore et al., 2008). NET kann insbesondere die Entzugssymptomatik und das Rauchverlangen reduzieren. Während die Abstinenzrate für Beratung auf 14,6 % geschätzt wird, scheint vor allem die Kombination von NET mit einer verhaltenstherapeutischen Maßnahme effektiv zu sein (Einzel- oder Gruppentherapie). Bei Einsatz beider Strategien steigt die geschätzte Abstinenzrate auf 27,6 % (ebd.). Die Wirksamkeit von Bupropion zur Tabakentwöhnung ist belegt; es besteht allerdings ein Risiko für neurologische und der Verdacht auf schwerwiegende neuropsychiatrische Nebenwirkungen. Die Wirksamkeit anderer Antidepressiva ist nicht ausreichend belegt oder es wurde ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis ermittelt (AWMF, 2015).

Ob NET für beide Geschlechter einen gleichermaßen positiven Effekt hat, ist eine Frage, deren Beantwortung noch aussteht. Für zahlreiche Erkrankungen ist inzwischen nachgewiesen, dass es klinisch relevante Geschlechterunterschiede im Metabolismus von Arzneistoffen gibt. So erzielen Arzneistoffe bei Frauen (1) nicht unbedingt die erwünschte Wirkung und (2) leiden Frauen stärker als Männer unter unerwünschten Nebenwirkungen (Thürmann, 2006). Auch Nikotin wird von Frauenkörpern schneller verstoffwechselt als von Männerkörpern (Benowitz, Lessov-Schlager, Swan & Jacob, 2006),

⁵⁰ Dass Daten wegen veränderter Konsummuster von Tabakwaren außerdem einen Gender Bias enthalten können, wurde im Kapitel 4.1.3 ausgeführt.

woraus die Vermutung abgeleitet wird, dass Frauen im Vergleich zu Männern weniger von NET profitieren. Die Erkenntnislage aus Studien ist hierzu jedoch noch sehr heterogen, denn insgesamt liegen erst wenige pharmakologische Studien vor, die eine geschlechtsspezifische Wirkungsweise von NET und Pharmakotherapie untersuchen (WHO, 2009).

Weitere Verfahren

Die Evidenz von Hypnose ist nicht gesichert, was aber auch der Tatsache geschuldet ist, dass nur wenige Studien zu ihrer Wirksamkeit vorliegen. Laut aktueller S3-Leitlinie zur Tabakentwöhnung lässt die gegenwärtige Datenlage eine *Kann-Empfehlung* für die Hypnotherapie zu (AWMF, 2015).

Zur Akupunktur liegen nur wenige Studien vor, die gezielte Akupunktur mit einer Scheinakupunktur, bei der die Nadeln an Körperstellen platziert werden, die nicht den Akupunkturpunkten entsprechen, verglichen haben. Aus den Studien, die vorliegen, ergibt sich keine ausreichende Evidenz einer Wirksamkeit von Akupunktur gegenüber einer Placebobehandlung bzw. sind die Studienergebnisse so heterogen, dass keine verlässliche Aussage möglich ist (ebd.).

6.3 ANSÄTZE GENDERSENSIBLER UND GENDERSPEZIFISCHER⁵¹ TABAKENTWÖHNUNG

In der Tabakentwöhnung die Dimension Geschlecht zu berücksichtigen, ist zwar eine seit vielen Jahren formulierte Forderung, die Praxis hinkt jedoch, wie in vielen anderen Feldern der Prävention und Gesundheitsförderung, den genderbezogenen wissenschaftlichen Erkenntnissen hinterher. Es liegen kaum geschlechterspezifische und -sensible Konzepte und Angebote für die Tabakentwöhnung vor. Auf der Ebene von Einzel- oder Gruppentherapien für die Tabakentwöhnung sind für Deutschland abgesehen von Interventionen, die rauchende Schwangere adressieren, keine gendersensiblen Konzepte bekannt. Es sind jedoch Broschüren und internetbasierte Angebote zur Unterstützung des Rauchstopps vorhanden, welche die Geschlechterperspektive sprachlich und inhaltlich zumindest in Teilen berücksichtigen. Außerdem liegen international gendersensible Ansätze vor, deren Umsetzung auch in Deutschland denkbar wäre.

Auf der Ebene der Standards für die Tabakentwöhnung spricht die AWMF im Rahmen der Leitlinie zur Tabakentwöhnung (AWMF, 2015) *Kann-Empfehlungen* für Subgruppen (Jugendliche, Frauen, schwangere Frauen, ältere Personen) aus. Demnach sollen Frauen psychotherapeutische Verfahren und

⁵¹ Gendersensibilität bedeutet die Berücksichtigung der relevanten biologischen und sozialen Unterschiede (und Gemeinsamkeiten) zwischen (von) Mädchen/ Frauen und Jungen/ Männern und die daraus resultierenden Ungleichheiten mit dem Ziel, diese abzubauen. Genderspezifisch ist gleichbedeutend mit geschlechtsspezifisch, also männer- bzw. frauenspezifisch (Jahn, 2003).

Beratung (Empfehlungsgrad: KKP⁵²) angeboten werden und es sollen die für Frauen besonders relevanten Themen angesprochen werden. Hierzu gehören Gewichtskontrolle bzw. Bewältigung der Angst vor Gewichtszunahme und Stimmungsmanagement. Weiter soll darauf hingewiesen werden, dass der Zeitpunkt des Rauchstopps auf den Menstruationszyklus abgestimmt werden sollte (Empfehlungsgrad: 0⁵³).

In das *Rauchfrei-Programm* haben Geschlechteraspekte als ergänzendes Modul *Geschlechterspezifische Aspekte der Tabakentwöhnung* (Torchalla et al., 2013) Eingang gefunden. In dieser modularen Ergänzung des Standardleitfadens (Batra & Buchkremer, 2004) wird der wissenschaftliche Erkenntnisstand zu biologischen und sozialen Implikationen der Geschlechtszugehörigkeit verarbeitet⁵⁴. Zu den frauenspezifischen biologisch relevanten Befunden gehören die unterschiedliche Verstoffwechslung von Nikotin und Cotinin sowie ihr Zusammenhang zur hormonellen Situation (Torchalla et al., 2013). Weiter wird differenziert nach geschlechtstypischen Rauchmotiven, Konsumgewohnheiten, Rückfallgefährdungen und Unterschieden im Entwöhnungsgeschehen (s. Kapitel 4). Diese Unterschiede greift auch die Selbsthilfebroschüre der BZgA mit dem Titel *Ja, ich werde rauchfrei!* auf. Unter der Überschrift *Haben Frauen andere Ausstiegprobleme als Männer?* thematisiert die Broschüre biologische Unterschiede bezogen auf Menstruationszyklus und Rauchstopp, aber auch frauentypische Rauchmotive und Ausstiegsschwierigkeiten. Es wird davon ausgegangen, dass für Frauen Belastungssituationen besonders rückfallkritisch sind und daher soziale Unterstützung „*durch Familie und Freunde besonders wichtig*“ ist, während Männer über „*vielfältigere Ablenkungsmanöver*“ verfügen (BZgA, o.J.a: 49). Männliche Perspektiven auf Tabakkonsum und -ausstieg werden nicht thematisiert⁵⁵.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob genderspezifischen Angeboten der Vorzug gegenüber gendersensiblen⁵⁶ Konzepten zu geben wäre. Es gibt Bereiche, in denen bereits seit vielen Jahren geschlechtsspezifisch gearbeitet wird. Hierzu gehören (psycho-)therapeutische und teilweise psychiatrische Angebote, die sich auf Themen wie sexualisierte, geschlechtsbezogene Gewalt (sowohl Opfer-

⁵² Evidenzgrade informieren darüber, welche Qualität die vorliegenden wissenschaftlichen Informationen zu dieser Empfehlung haben. Bei diesen Empfehlungen wurde keine systematische Literaturrecherche durchgeführt, sondern sie wurden als notwendig erachtete „Klinische Konsenspunkte“ (KKP) formuliert.

⁵³ Der Evidenzgrad 0 bezeichnet „Kann“-Empfehlungen.

⁵⁴ Nicht nachvollziehbar ist allerdings, dass das gesamte Werk sprachlich nicht nach Frauen und Männern differenziert. So ist bspw. durchgängig von *Rauchern* die Rede, auch wenn Frauen und Männer gemeint sind.

⁵⁵ Die Ansprache von Jugendlichen erfolgt mit zwei Broschüren: *Rauchfrei durchs Leben* (Auflage 6.60.07.17) zielt darauf, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern; „*Schluss mit Rauchen*“ (Auflage 3.50.05.16) will den Ausstieg aus dem Rauchen fördern. Hier ist weitgehend geschlechtergerechte Sprache umgesetzt, die Aufbereitung ist an die Zielgruppe der Jugendlichen angepasst (sprachlich, inhaltlich und visuell).

⁵⁶ Geschlechterspezifisch sind Interventionen, die sich ausschließlich an Männer oder Frauen wenden. Geschlechtersensible oder gendersensible Angebote können sich sowohl an Frauen als auch an Männer wenden, berücksichtigen jedoch geschlechterbezogene biologische und soziale Unterschiede und reflektieren Geschlechterstereotype (Jahn, 2003).

als auch Täterarbeit) beziehen. Die Notwendigkeit geschlechtshomogener Angebote ist jeweils zu prüfen und muss sich am Thema bzw. Inhalt und Ziel des Angebots orientieren. Zum Teil wird dies auch für die Tabakentwöhnung empfohlen; vor allem wenn es um sensible Themen und die Reflexion der eigenen Geschlechtsrolle geht (Vosshagen, 2006).

Im Zentrum frauenspezifischer Entwöhnungsinterventionen stehen schwangere Frauen, die rauchen. Das modular aufgebaute *IRIS* Online-Programm wurde bereits in Kapitel 6.1.1 (s. S. 92) vorgestellt. Die Selbsthilfebroschüre der BZgA *rauchfrei! in der Schwangerschaft* (BZgA, o.J.b) klärt über Risiken des Rauchens für das ungeborene Kind auf und gibt Schwangeren Tipps zum Ausstieg. Auf den letzten Seiten der Broschüre werden auch die rauchenden Partner adressiert und aufgefordert, Rücksicht auf ihre Partnerin und das Kind zu nehmen.

Kritisch merken Bottorff et al. (2012) sowie Greaves et al. (2011) an, dass Tabakentwöhnung insgesamt, insbesondere jedoch Interventionen, die sich an rauchende schwangere Frauen richten, generisch, individualisiert und abgetrennt sind von sozialen und kontextuellen Einflussfaktoren. Interventionen seien stigmatisierend, moralisierend und nicht effektiv. Mit *Expecting to Quit* legen Greaves et al. (2011) Empfehlungen für frauenzentrierte Ansätze der Tabakentwöhnung vor, die sich vor allem an schwangere Frauen bzw. Mädchen und Mütter richten. Kernelemente sind die Reduktion von Stigma durch positive und akzeptierende Unterstützung, Schadensbegrenzung (*harm reduction*) durch schrittweise Reduktion des Tabakkonsums anstelle des sofortigen Rauchstopps, Einbindung des sozialen Kontexts und des Partners sowie Berücksichtigung der individuellen Problemlagen und Herausforderungen. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt die Broschüre *Couples and smoking: What you need to know when you are pregnant* (Bottorff, Carey, Poole, Greaves & Urquhart, 2008), die sich explizit an Paare richtet.

Mehrere Programme in Kanada sprechen rauchende Männer als eine neue Generation von jungen Vätern an, die ihre Vaterrolle anders verstehen als vorangegangene Generationen und Sorge für die eigene und die Gesundheit ihrer Kinder tragen wollen. Die Programme nutzen als Ansatz, dass sich männliche Identität im Kontext von Vaterschaft mit der Möglichkeit verbindet, die Rolle als Beschützer und Versorger zu erfüllen und Stärke in Form von guter Gesundheit und Wohlbefinden zu dokumentieren. Auf diese Weise wollen sie junge Väter zum Rauchausstieg und Nichtrauchen motivieren. Die Homepage www.facet.ubc.ca (**Families Controlling and Eliminating Tobacco**) will junge Familien bei der Tabakentwöhnung unterstützen. In der begleitenden Broschüre *The Right Time... The Right Reasons... Dads Talk About Reducing and Quitting Smoking* (Oliffe, Bottorff & Sarbit, 2010) berichten junge Väter von ihrer Auseinandersetzung mit ihrem Tabakkonsum, mit der Vaterrolle und ihrem Verständnis von Männlichkeit. Informationen, Erfahrungsberichte von anderen Männern und Hinwei-

se zum Tabakausstieg bietet jungen Vätern die verbundene interaktive Webseite <http://dadsingear.ok.ubc.ca/>.

Ebenfalls aus den USA und Kanada stammen zwei weitere geschlechtsspezifische Angebote. *Smoke-free Women* ist ein vom USDHHS in Kooperation mit dem *National Cancer Institute* und den *National Institutes of Health* betriebenes Onlineportal (<http://women.smokefree.gov>), das sich an Raucherinnen wendet. Es stellt eine Fülle von Informationen, interaktiven Tools und Tipps zur Tabakentwöhnung sowie Erfahrungsberichten zur Verfügung. Analog dazu adressiert die kanadische Webseite <https://men.quitnow.ca/> Raucher. Die Webseite wurde auf der Grundlage von Ergebnissen aus Fokusgruppen, Expert*inneninterviews und evidenzbasierten Entwöhnungsstrategien entwickelt, um möglichst nah an den Interessen und Bedürfnissen der Zielgruppe zu sein. Das Design der Webseite soll Männer ansprechen, es werden Bilder und direkte Sprache eingesetzt und die Seite ist interaktiv gestaltet (Bottorff, Oliffe, Sarbit, Sharp, Caperchione, Currie et al., 2016).

Gänzlich vernachlässigt werden in Deutschland Subgruppen wie Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transgender (LSBT*), die von allgemeinen Angeboten der Tabakentwöhnung vermutlich schlecht erreicht werden und durch zielgruppenspezifische Angebote angesprochen werden müssten (Berger & Mooney-Somers, 2017; Ryan, Wortley, Easton, Pederson & Greenwood, 2001). Anders in der Schweiz: Hier wurde mit *Queer Quit Schweiz* ein bestehendes Entwöhnungsprogramm an die Zielgruppe der schwulen Männer angepasst (Dickson-Spillmann, Sullivan, Zahno & Schaub, 2014).

6.4 ZUSAMMENFASSUNG

Im Mittelpunkt der Tabakentwöhnung stehen trotz größer gewordener Popularität der E-Zigarette medikamentöse und verhaltenstherapeutische Strategien. Die Effektivität der verschiedenen Ausstiegs- und Unterstützungsmöglichkeiten stellt sich aus Geschlechterperspektive eher heterogen dar. Es gibt Hinweise darauf, dass Frauen mehr von verhaltenstherapeutischen Angeboten und weniger von medikamentösen Hilfsmitteln profitieren als Männer; die Befunde sind jedoch nicht konsistent. Letztlich gilt aber als erwiesen, dass für beide Geschlechter die Kombination medikamentöser mit einzel- oder gruppentherapeutischen Interventionen den größten Abstinenzersfolg verspricht.

Gendersensible Informationsmaterialien zum Rauchausstieg liegen in Deutschland zwar vor, es kann jedoch nicht davon gesprochen werden, dass sie über die Thematisierung vermeintlich frauentypischer Aspekte des Ausstiegs hinausgehen. Dieser Befund spiegelt die Situation der insgesamt eher geschlechtsblinden Suchthilfe in Deutschland, zu der Tabakentwöhnung als Teilbereich gezählt werden kann, wider. Zwar hat die frauenspezifische Sucht- bzw. Drogenhilfe eine jahrzehntelange Tradition, sie wurde aber als Parallelstruktur aufgebaut und hat nicht bewirken können, dass die generi-

sche Suchthilfe gendersensibler geworden wäre. Die seit ca. 15 Jahren erhöhten Aktivitäten rund um das Thema Männergesundheit konnten zwar einen Diskurs zur Frage des Zusammenhangs von Männlichkeit und Substanzkonsum anstoßen, dieser beschränkt sich aber auf einen Kreis von Männer(sucht)forschern und Praktikern in diesem Feld und scheint ebenfalls kein Umdenken in der Suchthilfe auslösen zu können. Ähnlich wenig wahrgenommen wird der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Tabakkonsum auf der Ebene der Interventionen. Obwohl ausreichend Daten vorliegen, die die erhöhte Konsumprävalenzen sozial Benachteiligter belegen, ist keine zielgruppenspezifische Anpassung vorliegender Konzepte zur Tabakentwöhnung erkennbar. Sozial Benachteiligte werden von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt schlechter erreicht, und das gilt vermutlich auch für die Tabakentwöhnung. Anders lässt sich die Verschiebung und einseitige Ausprägung der Rauchprävalenzen zuungunsten der unteren sozialen Schicht nicht erklären. Auf diese Weise vergrößert sich die Kluft zwischen den sozialen Schichten und greift ineinander mit der zunehmenden Stigmatisierung des Rauchens.

Das Spektrum der Angebote der Tabakentwöhnung reicht von medikamentöser Behandlung über kognitiv-verhaltenstherapeutische Angebote bis hin zu Akupunktur und achtsamkeitsbasierten Methoden. Die meisten Aussteiger*innen haben in der Vergangenheit bereits mindestens einen Aufhörversuch unternommen und teilweise verschiedene Aufhörmethoden genutzt. Die dabei gesammelten Erfahrungen formen die subjektiven Vorstellungen davon, welche Herausforderungen mit einem Rauchstopp verbunden sind. Aber auch wenn keine Ausstiegserfahrungen vorliegen, werden an den Ausstieg sowohl die Hoffnung auf positive Effekte insbesondere auf die Gesundheit als auch Befürchtungen hinsichtlich negativer Auswirkungen wie Entzugserscheinungen geknüpft. Die Gestaltung des Aufhörprozesses und die Antizipation von Hindernissen hängen eng damit zusammen, welche Selbstwirksamkeit die Aufhörenden sich selbst zuschreiben und wie handlungsmächtig sie sich konstruieren. Wo verorten sie sich zwischen Abhängigkeit und dem Wunsch nach einem rauchfreien Leben? Wie gestalten Aussteiger*innen den Prozess der Verhaltensänderung, der mit einer Neuorientierung und sich verändernden Selbstkonzepten verbunden ist? Welche Strategien wählen sie? Wie werden frühere Ein- und Ausstiegserfahrungen verarbeitet?

Die Forschungsarbeit will Einblicke in den Prozess des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum gewinnen und geht der Frage nach, wie handlungsmächtig Rauchaussteiger*innen sich selbst und ihr Umfeld konstruieren. Es ist weiter von Interesse, wie Abhängigkeit konzeptualisiert und welche Agentivität ihr zugeschrieben wird. Schließlich sollen Zusammenhänge zwischen diesen Agentivitätskonstruktionen mit der Wahl der Aufhörstrategien hergestellt werden.

7 METHODISCHES VORGEHEN

Bei qualitativer Forschung geht es im Unterschied zum quantitativen Ansatz nicht darum, theoretische Konzepte und Vorannahmen empirisch zu überprüfen und diese entweder zu verifizieren oder zu falsifizieren. Vielmehr ist das Ziel, Sachverhalte zu verstehen und subjektive Deutungsmuster zu erfassen. Dabei wird davon ausgegangen, dass Sinn nicht objektiv gegeben ist und Forschung entsprechend keine objektive Wahrheit abbilden kann. Ausgangspunkt ist vielmehr, dass Menschen soziale Wirklichkeit erst im Zusammenhang sozialer Interaktionen sinnhaft konstruieren (Kruse, 2014). Ein qualitativer Zugang ist daher besonders geeignet für einen Forschungsgegenstand, der nicht gemessen werden kann und nicht dem standardisierten Vorgehen der quantitativen Forschung zugänglich ist. Qualitative Forschung rekonstruiert Sinn und subjektive Sichtweisen, *„ihr Forschungsauftrag ist Verstehen, gearbeitet wird mit sprachlichen Äußerungen als ‚symbolisch vorstrukturierten Gegenständen‘ bzw. mit schriftlichen Texten als deren ‚geronnenen Formen‘“* (Helfferich, 2009: 21).

Qualitative Forschung folgt zwei Erkenntnisprinzipien:

1. Fremdverstehen und
2. Offenheit und Kommunikation (Bohnsack, 2010).

Das Fremdverstehen bezeichnet eine Grundhaltung gegenüber dem Forschungsgegenstand. Der Sinn des Gesagten soll nicht hineingelegt, sondern rekonstruktiv herausgearbeitet werden (Kruse, 2014). Der*die Interviewer*in muss daher eine Verfremdungshaltung einnehmen, sowohl dem eigenen Relevanzsystem gegenüber (Infragestellung der eigenen Relevanzkonzepte, Skeptizismus gegenüber dem eigenen Deutungswissen), als auch zu den Relevanzen der befragten Person. Fremdverstehen ist in der Regel eingebettet in Kommunikationsprozesse. In diesem Prozess nehmen die Kommunizierenden fortwährend Deutungen der erhaltenen Botschaften vor und kommunizieren auf der Basis ihres Wissenshintergrundes und Relevanzsystems. Während diese Dynamik in der alltäglichen Kommunikation relativ unberücksichtigt bleibt, gilt es, in der Interviewsituation das eigene Relevanzsystem so weit wie möglich zurückzunehmen.

Das zweite Prinzip, das Prinzip der Offenheit, bezieht sich auf den Forschungsgegenstand und die jeweilige Forschungsmethode von der Datenerhebung bis zur Auswertung. Offenheit seitens der*s Interviewer*in bedeutet, das eigene theoretische Hintergrundwissen zurückzustellen bzw. reflexiv zu kontrollieren, um nicht selektiv wahrzunehmen und den Sinn in das Material hineinzulegen (ebd.). Für das Verhalten in der Interviewsituation folgt daraus, sich führen zu lassen statt zu führen, das eigene Relevanzsystem zurückzustellen, möglichst keine Angebote zur Deutung zu machen, das Erzählen zu unterstützen und mit entsprechenden Fragetechniken zu arbeiten.

Der Forschungsprozess selbst gestaltet sich zirkulär und wird so stetig weiterentwickelt. Auch in diesem Forschungsvorhaben erfolgen Erhebung und Auswertung der Daten parallel. So wird es möglich, das Erhebungsinstrument (Leitfaden) weiter zu entwickeln und die Auswahl der Interviewpartner*innen (Sample) anpassen zu können. Mit diesem Vorgehen wird gleichsam eine Erkenntnisspirale in Gang gesetzt.

Qualitative Sozialforschung will neue Phänomene entdecken, Theorien entwickeln oder vorhandene Theorien verfeinern und erweitern. Gleichzeitig will sie offen sein für die Entdeckung ganz neuer und überraschender Zusammenhänge. Um diese Gleichzeitigkeit zu ermöglichen, werden die Erkenntnisprinzipien der Induktion und der Deduktion im Wechsel und Zusammenspiel eingesetzt. Theoretisches Vorwissen dient also nicht wie in der quantitativen Forschung der Entwicklung von Hypothesen, die mittels einer Untersuchung überprüft werden, sondern lenkt den Blick der Forschenden auf interessierende Phänomene. Für die Einbindung theoretischen Vorwissens in die Forschung hat Blumer (1954) den Begriff *sensibilisierende Konzepte* eingeführt. Als *elastische Konzepte* (Witzel, 1996) unterstützen sie die Strukturierung der Untersuchung bei gleichzeitiger Offenheit für unvermutete Zusammenhänge und Phänomene. Sie sollen die Forschenden für das Sensible machen, wonach sie suchen, worauf sie achten müssen, wonach sie fragen müssen. Sensibilisierende Konzepte unterscheiden sich durch ihre Offenheit von Hypothesen, haben aber eine ähnliche Funktion im Forschungsprozess. Sie strukturieren die Untersuchung und fokussieren die Aufmerksamkeit der Forschenden (Flick, 1991).

7.1 ERHEBUNGSINSTRUMENTE

Im Rahmen der Datenerhebung kommen verschiedene Instrumente zum Einsatz. Hierzu gehören der Interviewleitfaden, ein Kurzfragebogen zu soziodemografischen Daten und der Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit als standardisierte Fragebögen, der Mitschnitt der Interviews sowie das Postskript.

7.1.1 DAS PROBLEMZENTRIERTE INTERVIEW

In der qualitativen Forschung gibt es eine Vielzahl von Interviewformen, die jeweils eigene Akzente in der Umsetzung der Prinzipien der Offenheit und des Fremdverstehens setzen. Die Bezeichnungen werden jedoch nicht immer einheitlich verwendet und die Systematiken basieren auf unterschiedlichen Kriterien (Helfferich, 2009), sodass es zu Unschärfen und Überschneidungen der Interviewtypen kommt. Die inhaltlichen Unterschiede zwischen den Interviewtypen beziehen sich auf den Grad der Strukturierung, den Anwendungsbereich und das Forschungsinteresse. Die Auswahl der Erhebungsmethode richtet sich nach dem Erkenntnisinteresse.

Im Zentrum dieses Forschungsvorhabens stehen Erfahrungen, Bewältigungsstrategien und Agentivitätskonstruktionen von Rauchaussteiger*innen. Da gleichzeitig die Fülle an theoretischem Vorwissen berücksichtigt werden soll, muss ein Erhebungsverfahren ausgewählt werden, das die interessierenden Themenbereiche vorstrukturiert und gleichzeitig den Befragten genug Spielraum für die Darstellung ihrer Erfahrungen und Sichtweisen lässt, da sich in Erzählungen am ehesten die subjektiven Sinnstrukturen und Deutungsmuster zeigen (Witzel, 2000). Daher kommt das problemzentrierte Interview nach Andreas Witzel zur Anwendung. Es ist ein

„theoriegenerierendes Verfahren, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, dass der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert“ (Witzel, 2000: 1).

Zentrales Kriterium dieser Erhebungsmethode ist die Problemzentrierung, d.h. Ausgangspunkt ist eine seitens der Forscherin wahrgenommene gesellschaftliche Problemstellung, in diesem Fall die Phase der Tabakentwöhnung im Zusammenhang mit Geschlechteraspekten (ebd.). Die Gesprächsstruktur soll hingegen ermöglichen, die tatsächlichen Probleme der Individuen systematisch zu eruieren und ihre subjektiven Sichtweisen zu erfassen. Die Interviewform ist gekennzeichnet durch eine dialogische Gesprächsform und ihre Orientierung an am Problem orientierten vorformulierten Fragen und Nachfragen, die in einem Leitfaden zusammengestellt werden (Helfferich, 2009).

7.1.2 DER INTERVIEWLEITFADEN

Der Leitfaden für diese Erhebung wurde im Rahmen einer Forschungswerkstatt mit einer Gruppe qualitativ Forschender aus verschiedenen Disziplinen entwickelt. Bei diesem Vorgehen wurde die Fragestellung von der Forscherin vorgestellt und anschließend wurden in einem mehrstufigen Verfahren interessierende Fragen gesammelt, anschließend gemeinsam überprüft, sortiert und subsumiert (SPSS-Verfahren⁵⁷). Im Ergebnis enthält der eingesetzte Leitfaden sechs verschiedene Themenblöcke, die jeweils mit einer Leitfrage eingeleitet werden. Zu jedem Themenblock werden die inhaltlichen Aspekte, zu denen etwas in Erfahrung gebracht werden soll, sowie passende Nachfragen formuliert.

Die Themenblöcke gestalten sich wie folgt:

- Motivation zum Rauchstopp

Das Interview beginnt mit der Leitfrage: *„Sie haben aufgehört zu rauchen oder hören gerade auf. Erzählen Sie doch mal, wie es so geht und wie es dazu kam.“* Diese Einstiegsfrage soll der Interviewperson Gelegenheit geben, ihre aktuelle Situation zu beschreiben und eventuelle Beeinträchtigungen

⁵⁷ Das Akronym steht für die einzelnen Schritte der Leitfadenentwicklung: **S**ammeln, **P**rüfen, **S**ortieren und **S**ubsumieren (Helfferich, 2009).

ihrer Befindlichkeit angesichts des Rauchstopps zu thematisieren. Außerdem soll damit gleich zu Beginn eine längere narrative Passage stimuliert und der Interviewmodus deutlich gemacht werden. Von Interesse ist außerdem, welche Motivation dem aktuellen Rauchstopp zugrunde liegt, wie stark diese ausgeprägt ist und ob es Schlüsselerlebnisse gab, die zu diesem Schritt geführt haben.

- Strategien der Entwöhnung

Im zweiten Block stehen die Strategien der Entwöhnung im Vordergrund. Dabei geht es außerdem um die Frage, welche Situationen aus welchen Gründen besonders rückfallkritisch sind.

- Personale Faktoren

Die Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit sowie Fähigkeit der Verhaltenskontrolle sind Gegenstand dieses Themenblocks. Es wird auch danach gefragt, ob die Erzählperson Erfahrungen damit hat, Verhaltensgewohnheiten zu verändern (z.B. Essgewohnheiten) und welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten es im Vergleich zur Tabakentwöhnung gibt.

- Bedeutung des Rauchens bzw. Nichtrauchens

Die eigene Rauchgeschichte und die Funktion des Rauchens in der Vergangenheit sind von Interesse im vierten Themenblock, der mit der Leitfrage „*Was verbinden Sie mit dem Rauchen bzw. mit dem Nichtrauchen?*“ eröffnet wird. Hier wird auch nach evtl. wahrgenommenen Geschlechterunterschieden gefragt.

- Soziales Umfeld

Im fünften Themenblock wird danach gefragt, welche Rolle andere Menschen in diesem Entwöhnungsprozess spielen. Dabei ist von Interesse, ob der Rauchstopp Personen im sozialen Umfeld mitgeteilt wird, wie er von diesen aufgenommen und bewertet wird und ob die Erzählperson konkrete Unterstützung von einer Person oder verschiedenen Personen erhält bzw. erwartet.

- Rückfallgeschehen

Die Frage nach dem Rückfallgeschehen zielt auf die Einschätzung rückfallkritischer Situationen und der eigenen Anfälligkeit für Rückfälle. Sind Rückfälle vorgekommen, so ist von Interesse, wie die Erzählperson diese bewertet und in welchem Ausmaß sie das Abstinenzvorhaben hierdurch gefährdet sieht.

Der Leitfaden wurde im Laufe der Erhebung immer wieder leicht modifiziert. In der konkreten Interviewsituation dient er weniger der Strukturierung des Gesprächs, sondern soll das Hintergrundwissen der Forscherin thematisch organisieren, um die kontrollierte und vergleichbare Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu gewährleisten (Witzel, 2000). Er umreißt daher die interessierenden Themenbereiche und wird im Verlauf des Interviews flexibel gehandhabt.

7.1.3 STANDARDISIERTE FRAGEBÖGEN

Um ein vollständigeres Bild der Interviewten zu erhalten und die Vergleichbarkeit der erhobenen Interviewdaten zu erhöhen, wurden weitere Techniken der Datenerfassung (Lamnek, 2010) genutzt. Hierzu gehören:

- Ein **Kurzfragebogen**, der ergänzende soziodemografische Daten erfasst (Alter, Beruf etc.),
- Das **Postskript**, das von der Forscherin im Anschluss an das Interview angefertigt wurde (s. 7.1.4).
- Der **Fagerström-Test** zur Ermittlung des Grads der Tabakabhängigkeit (s. 7.1.5).

Diese fragebogengestützte Datenerfassung fand im Anschluss an das eigentliche Interview statt und wurde mit den Formalia zum Datenschutz verbunden⁵⁸.

7.1.4 DAS POSTSKRIPT

Zusätzlich zur Tonbandaufnahme und zu den Fragebögen wurden nach jedem Gespräch ergänzende Aufzeichnungen in Form eines Postskripts angefertigt. Hiermit soll der Gesamteindruck aus der Perspektive der Forscherin festgehalten werden. Es enthält Angaben über den Inhalt der Gespräche, die vor dem Einschalten und nach dem Ausschalten des Aufnahmegerätes geführt wurden, sowie über die Rahmenbedingungen und evtl. Besonderheiten des Gesprächs. Die Notizen wurden in einem vorbereiteten Formular möglichst zeitnah im Anschluss an das Interview angefertigt und beziehen sich auf die folgenden Aspekte:

- Gesprächsatmosphäre (Ort, Stimmung, Verhalten der Interviewperson)
- Befindlichkeiten (der Interviewerin, der Interviewperson)
- Rapport (Beziehung zwischen den beiden Kommunikant*innen)
- Gesprächsverlauf (Entwicklungsdynamik des gesamten Interviews)
- Interaktionen (besondere Interaktionsphänomene zwischen den beiden Kommunikant*innen)
- Besonderheiten (allgemeiner Art)
- Auffallende Themen (berührte und ausgelassene Thematiken, bezogen auf die Forschungsfrage und darüber hinaus)
- Störungen (des Interviewverlaufs).

⁵⁸ Alle Dokumente finden sich im Anhang.

7.1.5 DER FAGERSTRÖM-TEST ZUR RETROSPEKTIVEN ERMITTLUNG DER NIKOTINABHÄNGIGKEIT

Der *Fagerström-Test for Nicotine Dependence* (FTND) ist ein international gebräuchlicher, psychometrischer Test zur Ermittlung der Nikotinabhängigkeit. Anhand von sechs Items, die sich auf das Rauchverhalten beziehen, wird die Stärke der Abhängigkeit erfasst. Die Fragen beziehen sich auf:

- Die Zeit zwischen morgendlichem Aufwachen und der ersten Zigarette,
- Die „wichtigste“ Zigarette,
- Konsumintensität am Morgen,
- Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten,
- Schwierigkeit, auf Zigaretten zu verzichten,
- Rauchen auch im Krankheitsfall.

Dieser Test wird aufgrund seines geringen Umfangs, der leichten Beantwortbarkeit und des direkt ablesbaren Ergebnisses vielfach genutzt und bspw. auch in der klinischen Forschung und in Entwöhnungskursen eingesetzt, damit sich die Teilnehmer*innen den Grad der eigenen Abhängigkeit verdeutlichen können. Für die Auswertung des Testes stehen verschiedene Skalierungen zur Verfügung, die nach leichter, mittlerer und starker Abhängigkeit differenzieren. Hier kommt die Auswertung nach Bleich, Havemann-Reinecke & Kornhuber (2002) zur Anwendung. Demnach werden die Punktwerte der einzelnen Fragen addiert und Kategorien von *sehr niedrig* bis *sehr hoch* zugeordnet (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Auswertung des Fagerström-Tests (eigene Darstellung)

Erreichte Punktzahl	Grad der Abhängigkeit
0-2	Sehr niedrig
3-4	Niedrig
5	Mittel
6-7	Hoch
8-10	Sehr hoch

7.2 STICHPROBENBILDUNG UND FALLAUSWAHL

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden zwei Samplingstrategien verfolgt.

- Theoretisch begründete Vorabfestlegung des Samples:

Um verschiedene Rahmenbedingungen des Tabakausstiegs zu berücksichtigen, wurden einerseits Teilnehmer*innen eines Entwöhnungskurses und andererseits selbstständig Entwöhnende interviewt.

- Begründung des Samples im Verlauf des Forschungsprozesses in Anlehnung an das *theoretical sampling* von Glaser/ Strauss.

Ziel dieser Vorgehensweise ist, eine möglichst hohe Repräsentanz der Stichprobe zu erreichen. Repräsentanz als Gütekriterium qualitativer Sozialforschung stellt sicher, dass die Heterogenität des Untersuchungsfeldes falltypologisch repräsentiert wird (Kruse, 2014). Grundgedanke dieses Vorgehens ist, dass die Stichprobe danach ausgewählt wird, ob sie geeignet sind, das Wissen über den Untersuchungsgegenstand zu erweitern. Nachdem die ersten Interviews durchgeführt sind, werden diese ausgewertet und auf der Grundlage dieser Ergebnisse weitere Interviewpartner*innen gesucht, die passend sein könnten, die bisherigen Erkenntnisse zu ergänzen, zu bestätigen oder zu kontrastieren (Lamnek, 2010). Da es jedoch große Schwierigkeiten gab, überhaupt Interviewteilnehmer*innen zu gewinnen, konnte das Konzept nicht vollständig umgesetzt werden (s. Kapitel 9.6). Als weiteres Hindernis bei der Gewinnung von Interviewpersonen kristallisierte sich heraus, dass die Tabakentwöhnung nicht länger als zwei Monate zurückliegen sollte. Um den Kreis der Interviewpersonen nicht weiter einzuschränken, wurde das weitere Vorgehen in der Weise angepasst, dass auch Interviewwillige, deren Rauchstopp bereits mehrere Monate und in einem Fall sogar zwei Jahre zurücklag, in die Befragung aufgenommen wurden (s. Kapitel 9.6).

7.3 REKRUTIERUNG DER INTERVIEWPARTNER*INNEN

Da sowohl selbstständig Entwöhnende als auch Teilnehmer*innen an Entwöhnungskursen interviewt werden sollten, mussten unterschiedliche Zugangswege gewählt werden. Die Rekrutierung der begleiteten Aussteiger*innen erfolgte zunächst über die Ansprache von Kursleiter*innen entsprechender Entwöhnungskurse an verschiedenen Volkshochschulen. Aus zwei Kursen an den Volkshochschulen in Köln und in Wesel erklärten sich insgesamt fünf Teilnehmer*innen zu einem Interview bereit: vier Frauen und ein Mann. Ein weiterer Kursteilnehmer hatte zwar seine Bereitschaft erklärt, so dass eine erste telefonische Kontaktaufnahme erfolgte, aber ein konkreter Termin konnte nicht vereinbart werden, da keine Rückmeldung mehr seitens des Kursteilnehmers erfolgte. Ein weiteres Interview mit einer Kursteilnehmerin wurde zwar geführt, aber für die weitere Auswertung nicht berücksichtigt, da die Interviewpartnerin von einer psychischen Erkrankung betroffen und die Vergleichbarkeit mit den übrigen Interviewpartner*innen hierdurch eingeschränkt ist.

Um weitere Kursteilnehmer*innen für Interviews zu rekrutieren, wurden im Herbst 2012 zunächst Anbieter von Entwöhnungskursen auf der Homepage des IFT, die unter www.rauchfrei-programm.de über Kursangebote informieren, recherchiert. Daraufhin wurden Anschreiben an diejenigen Anbieter von Entwöhnungskursen in Nordrhein-Westfalen verschickt, die konkrete Kurstermine veröffentlicht hatten. Mit allen elf Anbietern wurden außerdem anschließend Telefonate geführt. Die Recherche

ergab, dass der größte Teil der Kurse wegen mangelnder Anmeldungen nicht zustandekam. Aus einem stattfindenden Kurs konnten dann jedoch zwei weitere Männer für Interviews gewonnen werden.

Die selbstständig Aufhörenden sollten per Mundpropaganda und Zeitungsannoncen rekrutiert werden. Die ersten beiden Anzeigen (s. Anhang V) wurden in der Februarausgabe 2013 der monatlichen Veranstaltungsmagazine *Coolibri Ruhrgebiet* und *Kölner Stadtrevue* im Januar 2013 geschaltet. Auf die Anzeigen meldeten sich drei Interessent*innen. Eine Interessentin hatte jedoch schon vor längerer Zeit aufgehört zu rauchen und kam daher nicht in Frage, ein zweiter Kontakt wurde kurz vor der Terminvereinbarung von dem potenziellen Interviewpartner abgebrochen. Ein Interview konnte letztlich durchgeführt werden. Auf eine neuerliche Anzeige in einer Bielefelder Tageszeitung am 14.11.2013 reagierte eine Person, deren Rauchstopp jedoch bereits 35 Jahre zurücklag, und die daher für ein Interview ebenfalls nicht in Frage kam.

7.4 UMGANG MIT DATEN- UND VERTRAUENSSCHUTZ

Die Forschungsethik verlangt die Darlegung des Forschungsinteresses gegenüber den Interviewten, wobei der Grad der Transparenz sich am Forschungsgegenstand orientiert (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010). In dieser Untersuchung wurde auf dem Infoblatt zur Rekrutierung, im Vorgespräch und zu Beginn des Interviews jeweils erläutert, dass sich das Interesse auf die Erfahrungen von Aussteiger*innen in der Phase des Rauchstopps richtet. Auf Einzelheiten zum bestehenden Vorwissen der Forscherin und insbesondere zu genauen Fragestellungen der Untersuchung wurde verzichtet, um die Ergebnisse nicht zu beeinflussen. Erst wenn hierzu keine Fragen mehr bestanden, wurde mit dem Einverständnis der Interviewperson das Aufnahmegerät gestartet und das eigentliche Interview begonnen (*informed consent*) (Kruse, 2014). Die Erläuterungen zum Datenschutz bezogen sich auf den Umgang mit den Daten, insbesondere die Aufzeichnung, Transkription und Auswertung des Interviews. Im Mittelpunkt standen die Gewährleistung der Anonymität der Befragten, die Aufbewahrung bzw. Löschung der Daten nach Abschluss der Forschungsarbeit sowie die Verwendung der Daten. Sowohl die Interviewperson als auch die Forscherin unterzeichneten entsprechende Erklärungen. Auf dieser Grundlage gaben sämtliche Interviewpersonen die erhobenen Daten im Anschluss an das Interview frei.

7.5 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

Um den Interviewpersonen die Möglichkeit zu geben, das Gespräch in einer für sie vertrauten und angenehmen Umgebung zu führen, und ihren Aufwand möglichst gering zu halten, wurde ihnen die Wahl des Orts für das Interview überlassen. Die Interviews fanden alle im vertrauten Umfeld der

Interviewpersonen statt. In den überwiegenden Fällen waren dies die Privatwohnungen und in zwei Fällen das Büro bzw. der Betrieb der Interviewperson. Jedes Interview begann mit einführenden Worten der Interviewerin zum Anliegen der Forschungsarbeit und Erläuterungen zum Datenschutz. Diese Informationen wurden zwar jeweils schon im Rahmen von telefonischen Absprachen im Vorlauf des eigentlichen Interviews gegeben, dienten aber in der konkreten Interviewsituation zur Einleitung des Interviews selbst und sollten der Interviewperson die Gelegenheit geben, bei Bedarf Nachfragen zu stellen. Zu Beginn wurde außerdem die spezifische Form des qualitativen Interviews erläutert, d.h. auf das monologische Rederecht und die Deutungsmacht der Interviewten hingewiesen. Erst nachdem die Interviewperson ihr Einverständnis gegeben hatte, wurde das Aufzeichnungsgerät eingeschaltet. Die erste offene Frage gab den Interviewten die Möglichkeit, ihre aktuelle Situation und wichtige Aspekte zu thematisieren. In der Regel folgte auf diese Einstiegsfrage eine längere Erzählpassage, an die sich Rückfragen durch die Interviewerin anschlossen. Wenn die Interviewperson signalisierte, alles Wichtige erzählt zu haben, leitete die Interviewerin das Ende des Interviews mit einer offenen Frage ein, die den Interviewten Gelegenheit geben sollte, zu kurz gekommene Aspekte zu thematisieren. Erst nachdem auch diese Frage beantwortet war, wurde das Interview mit einer Danksagung beendet und das Aufzeichnungsgerät abgeschaltet. Daran anschließend stellte die Interviewerin eine letzte Frage nach der Motivation zu Teilnahme an dem Interview. Die Aufzeichnung dieser Äußerungen erfolgte dann im Rahmen des Postskripts.

7.6 TEILNAHMEBEREITSCHAFT DER BEFRAGTEN

Die Rekrutierung von Interviewpersonen erwies sich als schwieriger als erwartet. Ein Grund ist die bereits beschriebene mangelnde Nachfrage der Entwöhnungskurse. Wurde das Anliegen von der Kursleitung in die Entwöhnungskurse eingebracht, so förderte dies die Teilnahmebereitschaft der Kursteilnehmer*innen. Es meldeten sich mehr Frauen als Männer zurück, was auch der Tatsache geschuldet sein mag, dass die Kurse von mehr Frauen als Männern besucht werden. In den meisten Fällen gelang die Terminvereinbarung ohne Probleme; zwei männliche Interviewpersonen sagten allerdings bereits vereinbarte Termine kurzfristig ab. Die Versuche, Interviewpersonen über drei in Zeitungen geschaltete Anzeigen zu rekrutieren, waren wenig erfolgreich; von den wenigen Personen, die sich meldeten, konnte nur mit einer Person ein Interviewtermin vereinbart werden.

Als Motivation für die Teilnahme an der Befragung wurden die folgenden vier Gründe genannt: (1) die Empfehlung der Kursleitung, (2) gefällig sein wollen, (3) das Interview als Gelegenheit zur Reflexion und Unterstützung des eigenen Ausstiegsprozesses nutzen und (4) Aktivitäten der Tabakentwöhnung unterstützen zu wollen.

7.7 DATENAUSWERTUNG UND ERGEBNISDARSTELLUNG

Für die Erhebung wie für die Auswertung qualitativen Datenmaterials stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, die sämtlich darauf abzielen, die manifesten und latenten Inhalte des Materials aus der Perspektive der Befragten zu interpretieren (Bortz & Döring, 2006). Gemeinsam sind ihnen die folgenden Grundverständnisse und Prämissen der Analysehaltung (Kruse, 2014):

- Prinzip der Offenheit – es werden keine Hypothesen an das Material herangetragen.
- Suspensive Haltung – es werden möglichst viele verschiedene Lesarten des Materials entwickelt.
- Texthermeneutik – der Prozess des Fremdverstehens wird einer Kontrolle unterzogen.

Grundsätzlich, so Kruse (ebd.), sind alle rekonstruktiven Analyseverfahren, die mit Texten im weitesten Sinne arbeiten, hermeneutische Verfahren, deren Herausforderung das Problem des Fremdverstehens ist.

Das leitfadengestützte qualitative Interview kann mit verschiedenen Methoden ausgewertet werden. Die Wahl der Auswertungsmethode hängt von der Fragestellung und Zielsetzung der Forschung ab. Das Spektrum der verschiedenen Vorgehensweisen der Auswertung reicht von hermeneutisch-rekonstruktiven Vorgehensweisen wie der Grounded Theory-Methodologie von Glaser/ Strauss/ Corbin bis hin zu stärker kategorisierenden Verfahren wie z.B. der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring. Kruse (2011: 211) merkt dazu an:

„Nicht das Analyseverfahren an sich entscheidet über die Analysetiefe, sondern der Grad des Umgangs mit sprachlich-kommunikativen Phänomenen und die unterschiedliche Gewichtung des Verhältnisses von Deduktivität und Induktivität im Analyseprozess.“

Insofern muss sich die Auswahl der Auswertungsmethode am Gegenstand orientieren. Zielsetzung dieser Forschungsarbeit ist, Agentivitätskonstruktionen im Entwöhnungsgeschehen zu rekonstruieren. Außerdem sollen mögliche Unterschiede zwischen selbstständig Entwöhnenden und Teilnehmer*innen eines Entwöhnungskurses untersucht werden. Als Auswertungsmethode wurde das eng an die Grounded Theory-Methodologie angelehnte Thematische Kodieren nach Flick ausgewählt. Zentrale Analyseheuristik ist die Agency-Perspektive. Beide sollen im Folgenden vorgestellt und begründet werden.

7.7.1 DAS THEMATISCHE KODIEREN ALS AUSGEWÄHLTE AUSWERTUNGSMETHODE

Abhängiges Rauchen und Tabakentwöhnung sind recht gut erforschte Felder. Seit den 1970er Jahren wird zum Phänomen der Sucht und Abhängigkeit geforscht. Heute herrscht Konsens darüber, dass vor allem kognitiv-behaviorale Aspekte bei der Entstehung der Sucht eine Rolle spielen. Auf diesen Erkenntnissen basieren die Angebote der Tabakentwöhnung. Es handelt sich also um kein offenes

Forschungsfeld, das exploriert werden muss, sondern es liegt eine Fülle an theoretischem Vorwissen vor. Für die Datenauswertung eignen sich daher Verfahren, die in der Lage sind, dieses Vorwissen einerseits einzubinden und die andererseits so offen gestaltet sind, dass neue und unerwartete Erkenntnisse generiert werden können. Orientiert an den Grundprinzipien der Grounded Theory-Methodologie basiert das Thematische Kodieren jedoch wesentlich stärker auf theoretischem Vorwissen. Es eignet sich daher für Material, das theoriebezogen mit einem Leitfaden entwickelt wurde (Kuckartz, 2010), dadurch von vornherein thematisch strukturiert ist (Flick, 2012) und theoriegeleitet ausgewertet wird. Die Methode bietet sich darüber hinaus insbesondere für vergleichende Analysen vorab festgelegter Gruppen an (ebd.).

Der für die Forschungsfrage entwickelte Leitfaden greift die aus der vorliegenden Empirie bekannten, im Entwöhnungsgeschehen relevanten Aspekte auf und enthält die interessierenden Fragestellungen, so dass diese als erste Analyseheuristiken und Orientierung für die Entwicklung des die Auswertung leitenden Kategoriensystems (Kodebaum) dienen. Als heuristischer Rahmen dienten zunächst empirisch nur wenig gehaltvolle allgemeine und abstrakte Konzepte (Kelle & Kluge, 2010), wie Entwöhnungsstrategien, Selbstwirksamkeitserwartung, soziales Umfeld. Die so entstehende Struktur wurde entsprechend der Methodik des Thematischen Kodierens an die Fälle angelegt, abgeglichen und dadurch sukzessive weiterentwickelt (ebd.). So wurden zunächst für jeden Fall thematische Bereiche und Kategorien generiert. Schließlich wurden die verschiedenen Kategoriensysteme zu einer thematischen Struktur zusammengeführt, die sukzessive mit empirisch gehaltvollen, aus dem Datenmaterial abgeleiteten Kategorien ergänzt wurden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass nicht etwa theoretische Konzepte dem Material „aufgezwungen“ werden, sondern die Konzepte „empirisch aufgefüllt“ (Kelle & Kluge, 2010: 71) werden und die in den Daten enthaltenen Informationen auf eine theoretisch-konzeptuelle Ebene gehoben werden.

7.7.2 DIE FÜNF SCHRITTE DES AUSWERTUNGSPROZESSES

Die Datenbasis für die Auswertung bildeten die Interviewtranskripte. Die Transkription erfolgte mit Hilfe der Software F4 selbstständig bis auf zwei Interviews, die an ein Schreibbüro gegeben wurden. Die Transkription orientierte sich an den Regeln des GAT-2-Minimaltranskripts (Kruse, 2014). Hinsichtlich der Art der Versprachlichung waren vor allem Pausensetzungen, Betonungen, Satzabbrüche und relevante nonverbale Äußerungen von Interesse⁵⁹.

Im Einzelnen umfasst die Auswertung gemäß dem Thematischen Kodieren die folgenden vier Komplexe:

⁵⁹ Die Transkriptionsregeln sowie ein Transkriptionsbeispiel finden sich im Anhang.

1. **Entwicklung von Auswertungskategorien**, die zunächst deduktiv aus dem Interviewleitfaden generiert werden.
2. Die **Kodierung des Materials** erfolgt anhand dieser ersten Auswertungskategorien. Gleichzeitig werden neue Kategorien induktiv durch Themen und Aspekte aus dem Material ergänzt. Aus diesem Vorgehen entsteht nach und nach das Kategoriensystem (*Kodebaum*).
3. Erstellung einer **Kurzbeschreibung** jedes Falles, welche die zentralen Themen und typischen Aussagen des Interviews (*Motto des Falls*) und eine Beschreibung der jeweiligen Person enthält. Um einen Überblick über das Material zu erhalten, werden außerdem tabellarische Übersichten zu ausgewählten Kategorien angefertigt. Dieses Vorgehen soll einen Beitrag zur Transparenz des Vorgehens und zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit leisten.
4. Diese Kurzbeschreibungen werden sukzessive zu **Feinanalysen** von ausgewählten Fällen ausgearbeitet. Sie dienen der Suche nach Sinnzusammenhängen und der detaillierten Interpretation einzelner Textpassagen (Flick, 2012; Kuckartz, 2010).

Während in der Grounded Theory das Arbeiten an Codes auf die Entwicklung von Kategorien bis hin zum Finden von Schlüsselkategorien gerichtet ist, werden in dieser Arbeit Codes in Anlehnung an Kuckartz (2010: 62) verstanden als „*Phänomenklassifizierung mit der Möglichkeit der Bildung von Unterklassen*“, und Kodieren bedeutet demnach die Entwicklung von Ordnungs- und Auswertungskategorien, denen das Material zugeordnet wird.

7.7.3 AGENCY ALS ZENTRALE ANALYSEPERSPEKTIVE

Der Rauchstopp als Verhaltensänderung und Ausstieg aus der Abhängigkeit braucht, um eine Chance auf Erfolg zu haben, ein gewisses Maß an subjektiver Erwartung und Überzeugung, dass das Vorhaben umgesetzt und das Ziel der Rauchfreiheit erreicht werden kann. In der Psychologie wurden hierfür Theorien der Selbstwirksamkeitserwartung entwickelt. Sie beschäftigten sich mit der Frage, wie selbstwirksam sich das Individuum erlebt, d.h. welche Möglichkeiten der Einflussnahme und Kontrolle gesehen werden. Sollen aus sprachlichen Konstrukten und Handlungen Rückschlüsse auf die Selbstwirksamkeitserwartung gezogen werden, so eignet sich hierfür der Agency-Ansatz. Dieser stammt ursprünglich aus der amerikanischen Erzähltheorie und der narrativen Gesprächsanalyseforschung und bezieht sich auf die subjektiven Vorstellungen von Handlungsfähigkeit und Wirkmächtigkeit. Als methodische Analyseheuristik in der qualitativen Sozialforschung wurde dieses Vorgehen durch Gabriele Lucius-Hoene und Arnulf Deppermann bekannt gemacht. Je nach Disziplin, in der der Begriff Agency bzw. Agentivität zur Anwendung kommt, wird diese unterschiedlich definiert. Allen Definitionen gemeinsam ist das grundlegende Verständnis von Agentivität als

„ein Grundbestandteil aller Konzepte, die erforschen oder erklären, wer oder was über welche Art von Handlungsmächtigkeit verfügt oder diese zugeschrieben bekommt bzw. als welchen oder wessen Einwirkungen geschuldet etwas zu erklären ist“ (Helfferich, 2012b: 10).

Agentivität ist eine subjektive Konstruktion, die umfasst, welche Form von Handlungs- und Wirkmächtigkeit der eigenen Person, anderen Personen und abstrakten Geschehnissen zugeschrieben wird, in welchen Bereichen des Lebens sich das Individuum

„als handelnde Person, als Zentrum der Geschehnisse seines Lebens, als Inhaber von Kontrollmöglichkeiten erlebt, oder ob und hinsichtlich welcher Erfahrungen er sich von heteronomen Mächten dirigiert fühlt“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004: 59).

Der Prozess der sprachlichen Zuschreibung von Handlungsmächtigkeit selbst wird als Agentivierung bezeichnet. Die Analyse erfolgt anhand grammatikalischer, semantischer und begrifflicher Formen sprachlicher Äußerungen. Zwei Perspektiven sind dabei interessant: Zum einen ist die inhaltliche Ebene des Gesagten und die Rekonstruktion der Zuschreibungen von Handlungsmacht von Interesse. Zum anderen findet in der Interviewsituation Kommunikation und Interaktion zwischen der Interviewperson und der Interviewerin statt, so dass Interviews immer auch als Ergebnis dieser Interaktion betrachtet werden müssen. Agency-Zuschreibungen sind daher auch als Teil von Selbstpräsentation zu interpretieren (Lucius-Hoene, 2012; Helfferich, 2012a). Die Analyse findet auf drei Ebenen statt:

- 1) auf der Ebene der Erzählung und ihrer sprachlichen Merkmale,
- 2) auf der Ebene der Interaktion und der involvierten Rollen,
- 3) auf der Ebene der Geschichtenversion und -moral (Lucius-Hoene, 2012).

Die herausarbeitbaren Agencyformen können teilweise in die Terminologie der Selbstwirksamkeit übersetzt werden. Während jedoch die Selbstwirksamkeit personengebunden ist, kann sich die Agentivität auf externe konkrete Akteure, wie z.B. Personen aus dem sozialen Umfeld, auf abstrakte Konzepte, wie z.B. Abhängigkeit, sowie auf die Zigarette selbst beziehen. Diese Perspektive bietet daher die Möglichkeit, ein ganzes Geflecht von Zuweisungen von Handlungsmacht aufzudecken, in dem sich die Person mit ihrer eigenen Handlungsmacht bzw. Selbstwirksamkeit verortet. Die Rekonstruktion individualisierter Agentivität kann außerdem Aufschluss darüber geben, wie vergangene Erfahrungen, bspw. der Einstieg in den Tabakkonsum oder frühere Aufhörversuche, reflexiv verarbeitet werden, wie Handlungsentwürfe in der Gegenwart, wie z.B. der Rauchstopp, bewertet und welche Ergebnisse dieser Handlungen erwartet werden (Hoffmann, 2012). In diesem Sinne werden Narrationen nicht als Abbildung faktischer Ereignisse, sondern als eine Geschichtenversion eingeordnet, die für die Erzählenden subjektiven Sinn ergibt und ihnen ermöglicht, Kohärenz und Integrität zu wahren. Die Darstellung und Herstellung von Identität im Modus der autobiografischen Narration wird als

narrative Identität bezeichnet (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004)⁶⁰. Identität wird als sprachlich-symbolische Struktur verstanden, die sich ständig in Veränderung befindet und interaktiv hergestellt wird, also kontextabhängig ist. Bezogen auf die Interviewsituation bedeutet dies, dass die Darstellung auch davon beeinflusst wird, wie eine Person von der Interviewerin gesehen, verstanden und akzeptiert werden will. Für die Interaktion und Kommunikation sind ebenfalls Genderaspekte bedeutsam, d.h. die Selbstdarstellung beinhaltet auch, wie eine Person in ihrer Geschlechtlichkeit wahrgenommen werden möchte, und dies wird wiederum vom Kontext, etwa vom Thema des Interviews und von der geschlechtlichen Repräsentation der Interviewerin, mit beeinflusst.

Wird erzählt, wie Geschehnisse sich zugetragen haben und wie es zu bestimmten Entwicklungen gekommen ist, so ist eine solche Darstellung ohne die Konstruktion von Agentivitäten kaum denkbar. Diese ist daher als Teil der narrativen Identität zu verstehen (Bamberg, 1999). Gegenstand der Betrachtung ist die Frage, in welchem Ausmaß und in welchen Bereichen sich eine Person als handelndes Zentrum und als fähig erlebt und beschreibt, Geschehnisse im eigenen Leben zu kontrollieren und zu beeinflussen. Inwieweit verfügt eine Person über Entscheidungsmöglichkeiten, inwieweit fühlt sie sich von heteronomen Mächten gesteuert (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004)? Geschehnisse können als Abfolge von Ereignissen, als Widerfahrnis, als Schicksal, als Ergebnis von Handlungen anderer Akteure oder als Resultat eigener Handlungen und Entscheidungen geschildert werden. Je nachdem, welches Darstellungsprinzip als Ausdruck des Erlebten im Vordergrund steht, charakterisiert es zentrale Aspekte der narrativen Identität (ebd.). So vermittelt die Erzählperson ein anderes Bild ihrer Handlungsmacht je nachdem, ob sie den Einstieg in den Tabakkonsum als zielgerichtete Handlung, als anonymen Vorgang oder als Verführung durch andere darstellt. Obwohl jeweils der gleiche Sachverhalt beschrieben wird, variieren die Konstruktionen der Agentivität:

- 1) *„Ich hab dann zu Hause aufm Klo geübt, dass ich rauchen konnte“* (K_w3_64, 80).
- 2) *„Ich habe mit dreizehn, glaube ich, das erste Mal geraucht und ja, so mit fünfzehn hing ich dann dran“* (S_w_12_26, 30).
- 3) *„Ich hab ja auch damals durch ne Freundin angeru- äh- angefangen“* (S_w1_32, 178).
- 4) *„ALLE Jungs haben geraucht und ich auch“* (K_m2_34, 62).

⁶⁰ Die Rekonstruktion narrativer Identität findet im Rahmen der Auswertung narrativer Interviews statt. Diese Interviewform, die auf Fritz Schütze zurückgeht, wird v.a. in der Biografieforschung eingesetzt. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass das Interview ohne Leitfaden durchgeführt wird und ausgehend von einem sehr offenen Erzählstimulus eine Stehgreif- bzw. Spontanerzählung der Erzählperson auslösen soll. Narrative Interviews sind im Prinzip nicht als Interviewform, sondern eher als Interviewstrategie zu verstehen (Kruse, 2014). Da Narrationen gesprächsförmige Plausibilisierungen von Prozessen und Entwicklungen sind, die eine Erzählperson erlebt hat, gibt es auch in den hier geführten Interviews narrative Passagen. Insbesondere die Einstiegsfrage: *„Erzählen Sie doch mal, wie es dazu gekommen ist, dass Sie jetzt aufhören zu rauchen oder aufgehört haben.“* war bewusst so offen formuliert, dass sie eine längere Erzählung stimulieren konnte.

Die verschiedenen Zitate weisen auf unterschiedliche Agenvititätskonstruktionen hin: während das erste Zitat die eigene Handlungsmacht in den Vordergrund stellt (hohe individualisierte Agency), bleibt beim zweiten Fall unklar, welche Mächte wirksam waren (anonyme Agency); im dritten Beispiel liegt die Handlungsmacht bei einer anderen Person und im vierten Fall ist es die Normativität des Rauchens, die das eigene Handeln bestimmt (kollektive Agency).

Die Definitionen von Abhängigkeit beinhalten mangelnde Verhaltenskontrolle und eine zumindest eingeschränkte, wenn nicht gar sehr geringe Handlungsmacht (McCullough & Anderson, 2013). Die Praxis der Tabakentwöhnung fordert Ausstiegswillige auf, ihr abhängiges Verhalten zu verändern und Handlungsmacht aufzubauen, um zu ändern, worüber sie wenig bis keine Kontrolle haben. Dies bezeichnen McCullough & Anderson (ebd.) als *Paradox of Agency*. Für die Tabakentwöhnung hingegen ist SWE eine wichtige Voraussetzung für die Bildung der Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, den Rauchstopp durchzuführen und die Abstinenz auch langfristig aufrechtzuerhalten (s. Kapitel 5.1.3). In Interventionen der Tabakentwöhnung ist daher die Stärkung der SWE ein zentrales Element und diese wird gezielt gefördert (s. Kapitel 5.2).

Bisher fanden die subjektiven Konstruktionen der Wirkmächtigkeit, wie sie mithilfe der qualitativen Forschung erhoben werden können, noch keine breite Beachtung in der Tabakentwöhnung. Aus handlungstheoretischer Perspektive kann aus der Art und Weise, wie (Ex-)Raucher*innen über ihren Tabakkonsum sprechen, auf ihre Absichten, Einstellungen, Überzeugungen und Agentivität gegenüber Abhängigkeit geschlossen werden (Graham, Young, Valach & Wood, 2008). Aus methodologischer Sicht ist die Agencyperspektive eine geeignete Analyseheuristik, um Erkenntnisse über die Zuschreibungen von Handlungsmacht zu gewinnen.

7.7.4 EMPIRISCH BEGRÜNDETE TYPENBILDUNG

Qualitative Forschung ist notwendigerweise die exemplarische Arbeit am Fall. Der Fall bzw. die Fälle werden rekonstruiert, ihre Bedingungen und Konstitutionsregeln herausgearbeitet mit dem Ziel, verallgemeinernde Aussagen über den Untersuchungsgegenstand zu treffen. Die Bildung einer Typologie bildet hierfür eine gängige Vorgehensweise (Lamnek, 2010). Ihr Anspruch und Zweck ist, inhaltliche Sinnstrukturen, die innerhalb eines Typus sowie zwischen den Typen bestehen, herauszuarbeiten und darzustellen (Kelle & Kluge, 2010; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010). Der Vorgang der Generalisierung umfasst zwei Vorgänge: (1) die Einordnung und Einbettung des Falles in einen größeren Zusammenhang und (2) den Schluss von dem, was am jeweiligen Fall festgestellt wird, auf andere Fälle (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010).

Unabhängig von der Art der konstruierten Typen kann die Typenbildung als eine Kombination von spezifischen Merkmalen definiert werden. Dieser liegt ein gemeinsamer Merkmalsraum zugrunde,

der sich aus der Kombination der ausgewählten Merkmale und ihrer Ausprägungen ergibt. Die verschiedenen Kombinationen der Merkmale, die oftmals in Mehrfeldertafeln dargestellt werden, geben einen Überblick über alle – zumindest theoretisch – denkbaren Kombinationsmöglichkeiten, die dann empirisch überprüft werden. Lassen sich nicht alle Kombinationen nachweisen oder bestehen zwischen einigen nur minimale bzw. irrelevante Unterschiede, so lassen sich Felder streichen oder zusammenfassen, was die Übersichtlichkeit des Gegenstandsbereichs erhöht und der deskriptiven Absicht der Typenbildung entspricht. Unerwartete und bislang unbekannte Merkmalsausprägungen sollen aufgenommen werden. Das Zusammentreffen bestimmter Merkmalskombinationen stellt also oft die Grundlage für die Suche nach inneren oder Sinnzusammenhängen dar, die wiederum die eigentliche Grundlage für die Theoriebildung auf der Basis qualitativen Datenmaterials bilden. Der gemeinsame Merkmalsraum stellt sicher, dass die gebildeten Typen in einem inhaltlichen Zusammenhang zueinander stehen (Kelle & Kluge, 2010). Der Prozess der Typenbildung erfolgt in vier Schritten: (1) Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen, (2) Gruppierung der Fälle anhand empirischer Regelmäßigkeiten, (3) Analyse inhaltlicher Zusammenhänge und (4) Charakterisierung der gebildeten Typen. Die Schritte werden jedoch nicht linear abgearbeitet, sondern die Stufen 1 bis 3 werden in der Regel mehrmals durchlaufen, wenn eine mehrdimensionale Typologie entwickelt wird (ebd.). Anforderungen an Typologien sind, dass sie mindestens zwei Typen umfassen, die Eigenschaften aufweisen, die sich miteinander vergleichen lassen und die sich möglichst deutlich unterscheiden. Außerdem sollten die gebildeten Typen intern möglichst homogen sein, d.h. die Fälle eines Typus sollten sich möglichst ähnlich sein; auf der Ebene der Typologie sollte eine externe Heterogenität bestehen, d.h. die Typen sollten sich möglichst stark unterscheiden (ebd.). Das konkrete Vorgehen der Typenbildung in dieser Arbeit wird in Kapitel 8.3 dargestellt.

8 ERGEBNISSE

Mit diesem Kapitel beginnt die Darstellung der empirischen Befunde zur Forschungsfrage. Im ersten Schritt erfolgt die Beschreibung der Vorgehensweise bei der Analyse und Typenbildung, um die Nachvollziehbarkeit und Transparenz des Prozesses zu gewährleisten. Daran schließt sich die Beschreibung des Samples an. In Kapitel 8.3 werden die für die Typenbildung herangezogenen Vergleichsdimensionen erläutert. Die ausführliche Charakterisierung der gebildeten Typen erfolgt in Kapitel 8.4. Den Schluss des Ergebnisteils bildet eine zusammenfassende Darstellung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Typen (Kapitel 8.5).

8.1 VORGEHENSWEISE BEI DER ANALYSE UND TYPENBILDUNG

Gemäß dem *Thematischen Kodieren* wurden zunächst die Auswertungskategorien deduktiv aus dem Leitfaden an das Interviewmaterial angelegt und das Material kodiert. Dieser erste Kodierungsprozess bezog sich auf die Auswertungskategorien: Motivation, Aufhörstrategien, SWE, Bedeutung des Rauchens und des Nichtrauchens, soziales Umfeld und Rückfallgeschehen. Die zunächst inhaltsleeren Kategorien wurden aus dem Interviewmaterial inhaltlich gefüllt und dimensionalisiert. Gleichzeitig wurden induktiv aus dem Material weitere Auswertungskategorien abgeleitet. Da die Erhebung über einen längeren Zeitraum erfolgte, entwickelte sich das Kodierungssystem sukzessiv und durch ständigen Fallvergleich. Es wurden Kurzbeschreibungen von allen Fällen erstellt, die eine für das Interview typische Aussage, das *Motto des Falls*, eine knappe Darstellung der interviewten Person (Alter, Geschlecht, Beruf, Beginn des Tabakkonsums, Anzahl der Aufhörversuche, Grad der Abhängigkeit laut Fagerström-Test) sowie die zentralen Themen, die im Interview angesprochen wurden, enthielten. Die Zusammenfassungen verdeutlichten die Charakteristika und Spezifika des einzelnen Falls.

Die SWE bildete aufgrund ihrer Bedeutung für Verhaltensänderungen einen inhaltlichen Schwerpunkt, weshalb die Erzählpersonen nach ihrer subjektiven Einschätzung ihrer Selbstwirksamkeit gefragt wurden („*Wie sehr glauben Sie daran, dass Sie den Ausstieg schaffen?*“). Es zeigte sich, dass das Material über diese Äußerungen hinaus von Agentivitätskonstruktionen durchzogen ist; hierauf verweisen die Art der Versprachlichung und der Selbstverortung.

Im Interview wurde außerdem danach gefragt, welche Rolle andere Menschen im Aufhörprozess spielen. Die Leitfragen für die Auswertung lauteten: Welche Personen sind bedeutsam? Welche Bedeutung wird ihnen zugeschrieben? Was sind ihre Beiträge zum Tabakausstieg? Dabei zeigte sich, dass Personen des nahen sozialen Umfelds wie Partner*innen und Familie zwar genannt werden, sofern es sie gibt, ihnen aber unterschiedliche Bedeutungen gegeben werden. Während sie für manche

Erzählpersonen Quelle der Unterstützung sind, werden sie in anderen Fällen eher neutral und als nicht relevant für den Ausstieg bewertet. Auch die Zuschreibungen zu Freund*innen bzw. Bekannten decken ein Spektrum ab, das von hilfreicher Unterstützung bis hin zu rückfallkritischen Situationen reicht. Den verschiedenen Akteur*innen wird auch Handlungsmacht zugeschrieben und es entsteht auf diese Weise ein System von Beziehungen, Rollen und Agentivitäten, in dessen Mittelpunkt die Erzählperson steht. Die Analyse des Interviewmaterials zeigte weiter, dass in einigen Fällen auch abstrakte Konzepte wie die Abhängigkeit und die Zigarette als heteronome Mächte im Ausstiegsgeschehen bedeutsam sind. Ergänzend hierzu wurden subjektive Theorien und Konzepte bezogen auf die Ursachen und die Entstehung von Abhängigkeit deutlich („*Ich komm aus einer Suchtfamilie (...) so Strukturen kriegt man einfach mit*“, K_w5_, 206; „*Ich bin so ne Suchtziege*“, S_w12_26, 61); in einigen Fällen werden die Zigarette und die Abhängigkeit außerdem als Akteure agentiviert („*Die Sucht sagt einem ja auch: Du hast ja sonst nix im Leben*“, K_w5_46, 117; „*[man wird] vom Suchtgefühl (...) überrollt*“, S_m9_45, 43). Aus dieser Perspektive machte es Sinn, die Analyse der Kategorie *Soziales Umfeld*, die abbilden sollte, welche Akteure im Umfeld der Erzählperson welche Bedeutung haben, zu erweitern. Diese wurden deshalb in einem weiteren Auswertungsschritt in die visualisierte Darstellung der Akteure, ihrer Bedeutung und Agentivität aus Sicht der Rauchaussteiger*innen mit aufgenommen (s. Abbildung 15). Auf diese Weise kristallisierten sich zentrale Themen und Charakteristika eines jeden Falles heraus. So konstruiert sich bspw. die Erzählperson S_w6_45 als *Trotzperson*, für die wichtig ist, Spielräume in ihrem unfreiwilligen Rauchstopp zu nutzen und ihren Ausstiegsprozess möglichst autonom zu gestalten. Die Zigarette/ Abhängigkeit ist für sie wichtige Dialogpartnerin sowohl in der akuten Aufhörsituation als auch in der Abstinenzphase⁶¹.

Parallel zur fallimmanenten Analyse wurde fallübergreifend ausgewertet. Hierzu wurden sämtliche einer Kategorie zugeordneten Textstellen in einer Matrix zusammengeführt und analysiert. Im wechselseitigen Prozess der Analyse des einzelnen Falls und des Fallvergleichs wurden die Ergebnisse immer stärker verdichtet. Hierbei zeigte sich, dass die Erzählpersonen sich aus der Perperspektive der Agentivität unterschiedlich konstruieren, Akteure ihres sozialen Umfelds unterschiedlich agentivieren und auch die Agentivitätskonstruktionen der Abhängigkeit differieren. Hinter den Rollen- und Bedeutungszuschreibungen liegen Zuweisungen von Handlungsmacht; sie bilden gleichsam das *heimliche Drehbuch* für die Gestaltung des Aufhörprozesses und es zeigten sich erste Hinweise auf den Zusammenhang mit Aufhörstrategien. Die Überzeugung, den Ausstieg allein schaffen zu müssen, bedeutet bspw. im Falle von S_w6_45, dass sie den Rauchstopp selbstständig unternimmt und keine Hilfsmittel

⁶¹ Die ausführliche Analyse dieses Falles findet sich ab S. 154.

Weiterentwickelte Auswertung der Kategorie „Soziales Umfeld“, Interview S_w6_45
 Leitfragen: Welche Personen sind bedeutsam? Welche Bedeutung wird ihnen zugeschrieben?
 Was sind ihre Beiträge zum Tabakausstieg? Welche anderen Akteure spielen eine Rolle im
 Ausstiegsprozess?

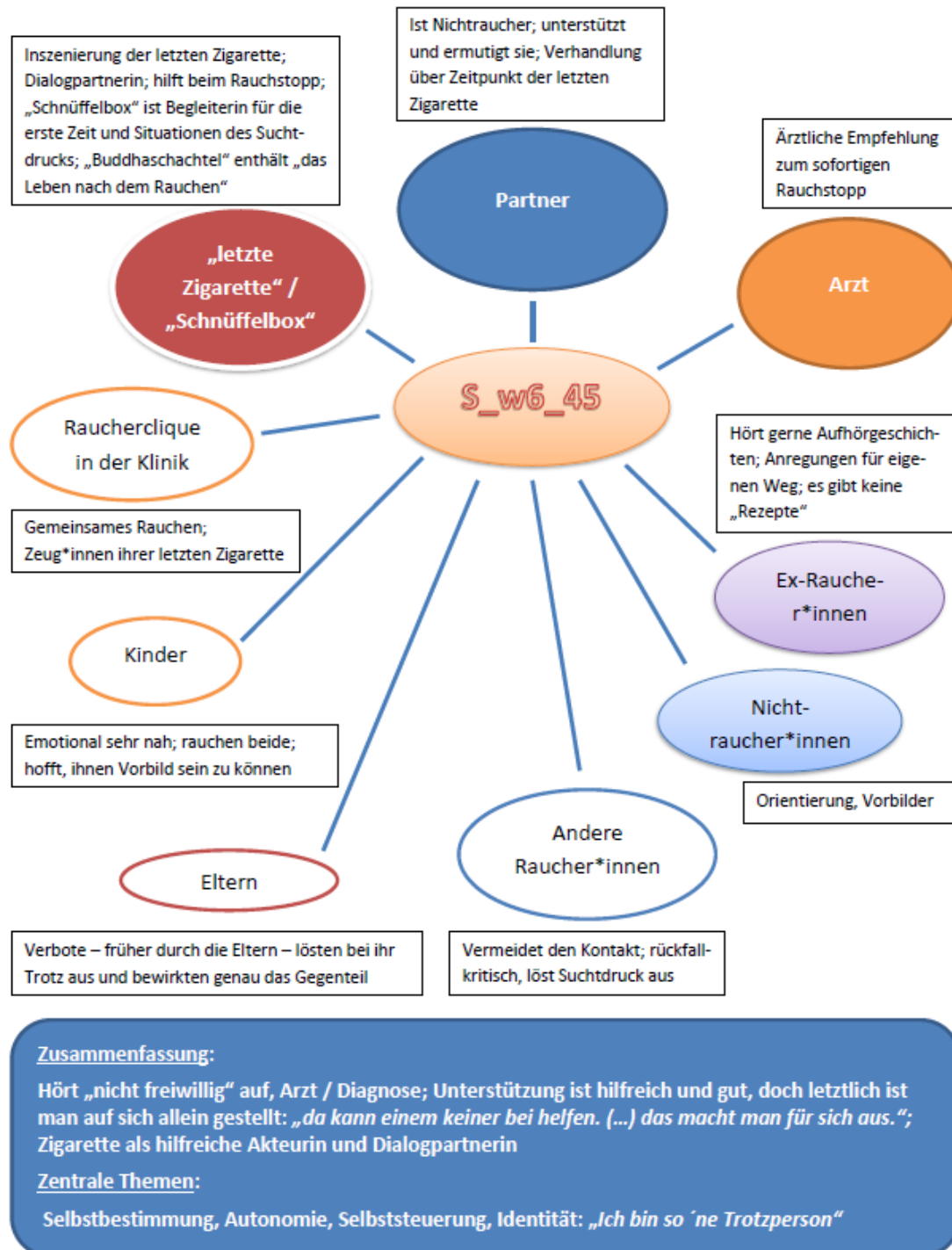


Abbildung 15: Beispiel für die erweiterte Analyse des sozialen Umfelds (Interview S_w6_45)⁶²

⁶² Die farbig unterlegten Akteure sind diejenigen, denen eine besonders prominente Bedeutung zukommt, während die weißen Felder Akteure zeigen, die zwar benannt werden, aber im aktuellen Ausstiegsgeschehen keine besondere Rolle spielen.

wie einen Entwöhnungskurs oder medikamentöse Unterstützung nutzt. Erzählperson K_w5_46 konstruiert sich hingegen als weitgehend ohnmächtig gegenüber der Abhängigkeit, der sie eine große Handlungsmacht zuschreibt. Die selbstständige Entwöhnung kommt für sie nicht in Frage; vielmehr sieht sie die Unterstützung durch einen Entwöhnungskurs als einzige Möglichkeit, den Ausstieg überhaupt zu wagen.

Die verschiedenen Konstruktionen stehen in einem Bedeutungszusammenhang. Ähnlich wie die SWE kann die Konstruktion der individualisierten Agentivität allgemein oder situationspezifisch sein. So schließen einige Erzählpersonen von der allgemeinen Einschätzung ihrer Fähigkeit der Verhaltenskontrolle auf das konkrete Aufhörvorhaben (*„Ich glaub, dass ich ein relativ kopfgesteuerter Mensch bin und relativ konsequent und das hilft in solchen Situationen.“* S_w13_31, 163). Andere machen jedoch Unterschiede und stellen fest, dass ihnen andere Verhaltensänderungen leichter gefallen sind als der Rauchausstieg; sie führen dies auf die hohe Agentivität der Abhängigkeit zurück (*„Normal wenn man sagt: ‚Nein‘ NEIN. Die Zigarette hat richtig einen- Macht über einen.“*, S_w1_32, 253).

Die Beispiele verdeutlichen, dass die spezifischen Konstruktionen von Agentivität immer im Kontext, d.h. bezogen auf etwas anderes, erfolgen. Aus der Verbindung von individualisierter Agentivität und Konzeptualisierung der Abhängigkeit ergibt sich, welche Möglichkeiten der Einflussnahme und Kontrolle subjektiv zur Verfügung stehen. Wird die eigene Handlungsmacht niedrig gegenüber einer *mächtigen* Abhängigkeit eingeschätzt, so ergeben sich daraus andere Unterstützungsbedarfe als aus einer Konstruktion, bei der das Individuum sich selbst eine hohe und der Abhängigkeit eine niedrige Handlungsmacht zuschreibt.

Es zeigten sich also Zusammenhänge zwischen den im Rahmen dieser ersten verdichtenden Auswertung gebildeten Mustern. Um die sich abzeichnenden Sinnstrukturen abzubilden, bot sich an, eine weitere Typenbildung vorzunehmen, für die die folgenden drei inhaltlichen Schwerpunkte festgelegt wurden:

- Muster der Agentivität
- Konzeptualisierung der Abhängigkeit und des Ausstiegs
- Aufhör- und Copingstrategien.

Die Fälle ließen sich anhand dieser Merkmale gruppieren. Sie bildeten daher die Vergleichsdimensionen, anhand derer die Typenbildung vorgenommen werden konnte (s. Kapitel 8.3). Der Prozess der Typenbildung erfolgte in zwei Teilschritten (s. Abbildung 16), die kurz erläutert werden sollen.

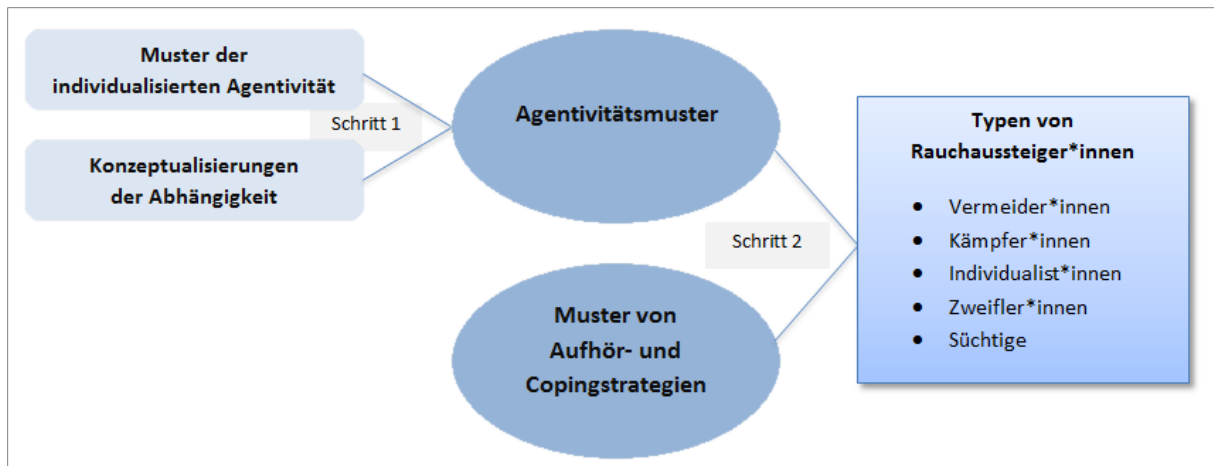


Abbildung 16: Schritte im Prozess der Typenbildung

Schritt 1: Bildung von Agentivitätsmustern

In diesem ersten Auswertungsschritt wurden zunächst die Formen der individualisierten Agentivität in vier Gruppen eingeteilt: hoch, zunehmend, eingeschränkt und niedrig. Auch die Konzeptualisierungen der Abhängigkeit wurden gruppiert, so dass sich vier Formen ergaben. Beide Gruppierungen wurden dann zueinander in Beziehung gesetzt und es konnten fünf Muster der Agentivität als Kombination aus beiden Gruppen identifiziert werden (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Muster der Agentivität

Individualisierte Agentivität	Konzeptualisierung der Abhängigkeit			
	„Blöde Angewohnheit“	Angelernt, habitualisiert	Unterbewußtsein	Übermacht
hoch	A	–	–	B
zunehmend	–	C	–	–
eingeschränkt	–	–	D	–
niedrig	–	–	–	E

Die vorliegenden Kombinationen ergaben sich aus dem empirischen Material. Hätten mehr Fälle für die Auswertung zur Verfügung gestanden, so hätten sich möglicherweise weitere Kombinationen der vorhandenen Ausprägungen und damit weitere Agentivitätsmuster gezeigt. Es ist außerdem denkbar, dass weitere Konzeptualisierungen der Abhängigkeit zum Vorschein gekommen wären.

Schritt 2: Kombination von Agentivitätsmustern mit Copingstrategien

Aus den Verhaltenstheorien ist bekannt, dass Einstellungen und Überzeugungen – explizite und implizite – das Verhalten steuern. So ist bei diesem Forschungsgegenstand davon auszugehen, dass sich Aufhör- und Copingstrategien auch daran orientieren, welche Konzepte der Abhängigkeit vorliegen und wie die individualisierte Agentivität konzeptualisiert wird. Es wurden zwei Formen von Copingstrategien unterschieden: defensives und offensives Coping. Die endgültige Typologie entstand dadurch, dass den bisherigen Typen A bis E zwei Formen von Copingstrategien zugespielt wurden. Für die Typenbildung wurden diejenigen Fälle zu Typen zusammengefasst, die hinsichtlich der Vergleichskategorien die größten Gemeinsamkeiten aufwiesen. Innerhalb dieser Typen finden sich möglichst ähnliche Agentivitätsmuster und Copingstrategien (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Typen von Rauchaussteiger*innen

Agentivitätsmuster	Copingstrategien	
	Eher offensiv	Eher defensiv
A		Vermeider*innen
B	Kämpfer*innen	
C	Individualist*innen	
D		Zweifler*innen
E		Süchtige

Die gebildeten Typen werden kurz charakterisiert, bevor sie im nächsten Kapitel ausführlich dargestellt und mit Interviewmaterial unterlegt werden.

Typus 1: Vermeider*innen

Kernstück dieses Handlungsmusters ist die Vermeidung. Vermieden werden die Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeit, mit möglichen Schwierigkeiten beim Rauchstopp und die Konfrontation mit Zweifel und Schwäche. Die Inszenierung von Stärke und Autonomie bei gleichzeitiger Leugnung der Abhängigkeit bildet die zentrale Aufhörstrategie.

Typus 2: Kämpfer*innen

Bei diesem Handlungsmuster finden sich eine hohe individualisierte Agentivität und eine Konzeptualisierung der Abhängigkeit als Übermacht. Da ein Scheitern des Aufhörversuchs mit dem eigenen Selbstbild schlecht vereinbar wäre, entwickelt dieser Typus effektive Strategien. Die gewählten Strategien sind eher offensive.

Typus 3: Individualist*innen

Dreh- und Angelpunkt dieses Handlungsmusters ist die Betonung der Selbstbestimmung bezogen auf die Entscheidung zum Ausstieg und die Gestaltung des Aufhörprozesses. Zum Einsatz kommen individualisierte Strategien; soziale Unterstützung wird nicht unbedingt benötigt.

Typus 4: Zweifler*innen

Das Zutrauen, den Ausstieg schaffen zu können, ist nur schwach ausgebildet, weshalb vor allem zu Beginn Unterstützung benötigt wird, die dann aber nach und nach unwichtiger wird.

Typus 5: Süchtige

Im Vordergrund steht bei diesem Typus das Erleben von Ohnmacht gegenüber dem Verlangen zu rauchen. Deutlich wird außerdem eine große Zerrissenheit zwischen dem Anspruch, nicht mehr zu rauchen, und dem Wunsch, den Konsum fortzusetzen. Die Aufhörstrategien richten sich in erster Linie auf externe Ressourcen und Hilfsmittel.

8.2 ÜBERBLICK ÜBER DAS SAMPLE

Die Darstellung des Samples erfolgt deskriptiv und ist eher quantitativ orientiert. Insgesamt wurden 14 Rauchaussteiger*innen im Alter zwischen 26 und 70 Jahren interviewt. Unter ihnen befinden sich zwei Studierende, sechs Arbeiter*innen/ Angestellte mit einem Ausbildungsberuf, zwei Selbstständige und vier Akademiker*innen mit Hochschul-/ Universitätsabschluss. Zwei Interviewte haben einen Migrationshintergrund (1 ♀, 1 ♂) (s. Tabellen 8 und 9).

Das Sample verteilt sich hälftig auf die beiden interessierenden Gruppen: sieben Personen nahmen an einem Entwöhnungskurs teil (Gruppe 1) und sieben unternahmen den Ausstieg selbstständig (Gruppe 2). Während das Geschlechterverhältnis in der ersten Gruppe etwa ausgeglichen ist, sind die Frauen in der Gruppe derjenigen, die den Ausstieg ohne externe Hilfe vollzogen haben, überrepräsentiert (5 ♀, 2 ♂). Das Durchschnittsalter der Kursteilnehmer*innen beträgt in diesem Sample 55,16 Jahre; das durchschnittliche Alter der selbstständig Entwöhnenden liegt demgegenüber bei 37,57 Jahren. Die Frauen des Samples haben im Alter von 12 bis 15 Jahren recht früh mit dem Rauchen begonnen, während die Männer frühestens mit 15 Jahren oder sogar deutlich später den Einstieg in den Tabakkonsum unternommen haben. Die meisten Interviewten weisen eine mittlere bis hohe Tabakabhängigkeit auf, zwei Interviewpersonen zeigen eine sehr niedrige Abhängigkeit. Der frühere tägliche Tabakkonsum liegt bei vier Personen unter 15 Zigaretten, bei sieben Aussteiger*innen zwischen 16 und 29 Zigaretten und bei drei Personen über 30 Zigaretten. Die verschiedenen Konsumintensitäten verteilen sich sowohl auf die beiden Gruppen als auch die Geschlechter. Die Inter-

viewten unterscheiden sich hingegen stark hinsichtlich früherer Aufhörversuche. Auffällig ist, dass die Anzahl der Aufhörversuche nicht linear mit der Abhängigkeit und Konsumintensität assoziiert ist. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass je höher die Konsumintensität und damit die Tabakabhängigkeit ist, desto weniger wird das Rauchverhalten in Frage gestellt und desto geringer ist die Motivation zum Ausstieg.

Nikotinersatzpräparate werden in der Ausstiegsphase von drei Personen eingesetzt (Entwöhnungskurs: 1 ♂; selbstständiger Ausstieg: 1 ♀, 1 ♂).

Die Interviews dauerten durchschnittlich 1:06 Std., wobei das kürzeste Interview 34 Minuten und das Längste 1:43 Std. umfasste.

Da im nächsten Auswertungsschritt Fallskizzen vorgenommen werden, wird an dieser Stelle auf die Kurzbeschreibungen der Fälle verzichtet.

Tabelle 8: Interviewpersonen, die an einem Entwöhnungskurs teilnahmen

Kennung	Geschlecht	Alter	Migrationshintergrund	Beruf/Branche	Grad der Abhängigkeit ⁶³	Alter des Rauchbeginns	Anzahl der Aufhörversuche	Aktueller Rauchstopp vor ⁶⁴
K_w3_64	w	64 Jahre	nein	Kaufm. Angestellte	hoch (7 P.)	14 Jahre	1	2 Wochen
K_w4_64	w	64 Jahre	nein	Selbstständig in der Gastronomie	sehr hoch (9 P.)	14 Jahre	1	3 ½ Wochen
K_w5_46	w	46 Jahre	nein	Angestellte im öffentl. Dienst	hoch (6 P.)	12 Jahre	8	ca. 1 Woche
K_m2_34	m	34 Jahre	ja	Handwerker	sehr hoch (9 P.)	18 Jahre	Keine Angabe	6 Tagen
K_m7_53 ⁶⁵	m	53 Jahre	nein	Industriearbeiter	mittel (5 P.)	15 Jahre	0	2 ½ Wochen
K_m8_70	m	70 Jahre	nein	Selbstständig in der Kommunikationsbranche	hoch (6 P.)	18 Jahre	1	3 Wochen
K_w14_47	w	47 Jahre	nein	Technische Angestellte	sehr hoch (8 P.)	12 Jahre	2	

Tabelle 9: Interviewpersonen, die den Tabakausstieg selbstständig unternommen haben

Kennung	Geschlecht	Alter	Migrationshintergrund	Beruf/Branche	Grad der Abhängigkeit	Alter des Rauchbeginns	Anzahl der Aufhörversuche	Aktueller Rauchstopp vor
S_w1_32	w	32 Jahre	ja	Angestellte in Kosmetikbranche	mittel (5 P.)	13 Jahre	2	2 ½ Wochen
S_w6_45	w	45 Jahre	nein	Angestellte im Einzelhandel	sehr hoch (8 P.)	15 Jahre	1	6 ½ Wochen
S_w10_31	w	31 Jahre	nein	Studentin	sehr hoch (9 P.)	16 Jahre	4	11 Wochen
S_w12_26	w	26 Jahre	nein	Studentin	sehr niedrig (1 P.)	13-14 Jahre	>15	Keine Angabe
S_w13_31	w	31 Jahre	nein	Angestellte im öffentl. Dienst	sehr niedrig (2 P.)	14 Jahre	2	ca. 8 Wochen
S_m9_45	m	45 Jahre	nein	Angestellter im öffentl. Dienst	sehr hoch (8 P.)	24 Jahre	5	ca. 2 Jahren
S_m11_53	m	53 Jahre	nein	Angestellter im öffentl. Dienst	hoch (7 P.)	15 Jahre	3	4 ½ Monaten

⁶³ Einordnung der Abhängigkeit mittels Fagerström-Test: 0-2 Punkte: sehr niedrig; 3-4 Punkte: niedrig; 5 Punkte: mittel; 6-7 Punkte: hoch; 8-10: sehr hoch (Bleich et al., 2002)

⁶⁴ Zum Zeitpunkt des Interviews

⁶⁵ Die kursive Schreibweise bedeutet, dass diese Fälle nicht in die Auswertung eingegangen sind.

8.3 VERGLEICHSDIMENSIONEN FÜR DIE TYPOLOGIE VON RAUCHAUSSTEIGER*INNEN

Wie in Kapitel 8.1 beschrieben wurden deduktiv aus dem Interviewleitfaden Auswertungskategorien an das Material angelegt und induktiv neue Aspekte und Kategorien entwickelt, so dass schrittweise ein Kategoriensystem entstand. Durch vertiefte Einzelfallanalyse und ständige Fallkontrastierung kristallisierten sich zentrale Vergleichskategorien heraus, mit deren Hilfe Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen erfasst und anhand derer die Fälle charakterisiert werden konnten. Als zentrale Analyseheuristik wurde die Agentivität verwendet. Die Fälle des Samples wurden anhand empirischer Regelmäßigkeiten gruppiert und analysiert. Die relevanten Kategorien konnten auf diese Weise zu den folgenden drei zentralen Kategorien verdichtet werden:

- Muster der individualisierten Agentivität
- Konzeptualisierung der Abhängigkeit
- Aufhör- und Copingstrategien.

Die anschließend vorgenommene Typenbildung orientierte sich an Sinnstrukturen in den fallbezogenen Daten, so dass eine sinnstrukturelle Typik (Kruse, 2014) entwickelt wurde. Diese zielt auf die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Agentivitätskonstruktionen und Copingstrategien. Ziel einer Typologie ist, sich von der Person als Fall zu lösen und die Ebene der Handlungsmuster zu fokussieren (Kelle & Kluge, 2010). Angestrebt wird eine möglichst hohe interne Homogenität auf der Ebene des Typus und externe Heterogenität auf der Ebene der Typologie. Der Prozess der Typenbildung als letzter Auswertungsschritt schließt mit der umfassenden und detaillierten Beschreibung der gebildeten Typen anhand der ausgewählten Vergleichskategorien.

Um Transparenz über den Auswertungsprozess herzustellen, werden die einzelnen Schritte bis zur Typenbildung im Folgenden kurz umrissen.

8.3.1 HERAUSARBEITUNG VON MUSTERN DER INDIVIDUALISIERTEN AGENTIVITÄT

Die vergleichende Analyse verdeutlichte, dass die Fälle sich erheblich bezüglich ihrer Konstruktionen der eigenen Handlungsmacht unterscheiden. Da die Selbstwirksamkeit einen der Dreh- und Angelpunkte der Verhaltensänderung darstellt, machte es Sinn, diesen Aspekt genauer zu analysieren und die Agentivität als qualitative Analyseperspektive in den Mittelpunkt der Analyse zu stellen.

Die Analyse der kognitiven Repräsentation von Handlungs- und Wirkmächtigkeit orientierte sich an den folgenden Leitfragen:

- Welcher Handlungsmacht bzw. welchen Handlungsmächten werden die Ereignisse (Einstieg, erfolglose bzw. erfolgreiche Aufhörversuche, Rückfall, kurz- bzw. langfristige Abstinenz) zugeschrieben?

- Inwieweit wird die eigene Person als Handelnde*r (Agens) dargestellt?
- Welche Kausalitäten werden hergestellt?

Ziel dieses Analyseschrittes war die Herausarbeitung von fallbezogenen Mustern der Agentivität und Agentivierung, um diese in einem weiteren Auswertungsschritt gruppieren und graduell anordnen zu können. In die Auswertung wurden die Einstiegspassagen und weitere dichte Passagen einbezogen. Die meist längeren Erzählabschnitte zu Beginn erwiesen sich in den meisten Fällen als komprimierte Version des gesamten Interviews. Die anschließenden Ausführungen führten dann die in der ersten Erzählpassage bereits angesprochenen, wesentlichen Themen aus. Nur zum Teil wurden im weiteren Verlauf des Interviews grundlegend neue Themen angesprochen. Diese wurden dann ebenfalls in die Auswertung einbezogen. Als besonders aussagekräftig bezogen auf die Agentivität zeigten sich Ausführungen der Interviewpersonen zu den folgenden Aspekten:

- Aufhörmotivation
- Phasenspezifische Agentivierungen:
 - Einstieg in den Tabakkonsum
 - Frühere Aufhörversuche/ Rückfälle
 - Aktueller Rauchstopp
- soziales Umfeld
- Bedeutung des Ausstiegsmodus.

Die rückblickende Beschreibung des Einstiegs in den Tabakkonsum und evtl. früherer erfolgloser Aufhörversuche werden nicht mit dem Erleben der Person zum Zeitpunkt der berichteten Ereignisse oder auch in der Retrospektive gleichgesetzt, sondern als Konstruktion in der Erzählsituation und in der Interaktion mit der Interviewerin gewertet.

Für die Musterbildung wurden diejenigen Fälle zusammengeführt, die aus Agentivitätsperspektive Ähnlichkeiten bezogen auf die internen Vergleichsdimensionen zeigen. Die vier identifizierten Muster stellen eine graduelle Anordnung von hoch individualisierter Agentivität bis zur Agentivierung externer Faktoren dar (s. Tabelle 10). Alle Fälle konnten den Mustern zugeordnet werden⁶⁶.

⁶⁶ Ein weiteres Interview (K_m7_53) wurde zwar ausgewertet, aber für die weitere Analyse ausgeschlossen, da die Interviewperson nicht aufgehört hatte zu rauchen. Vielmehr versuchte die Ehefrau wegen starker gesundheitlicher Probleme das Rauchen aufzugeben und hatte sich für den Kurs angemeldet. Ihr Mann besuchte zwar ebenfalls den Kurs, hatte aber keinen eigenen Ausstiegswunsch. Seine Hauptmotivation war, seine Frau zu unterstützen und ihre Abstinenz nicht zu gefährden, indem er in ihrer Gegenwart auf die Zigaretten verzichtete. Daneben folgte er jedoch seinen Rauchgewohnheiten. Sollte seiner Frau der Ausstieg gelingen, so berichtete er, wollte auch er den Rauchstopp versuchen.

Tabelle 10: Muster der individualisierten Agentivität

Muster	Inhalte
Muster 1: hohe individualisierte Agentivität	<ul style="list-style-type: none"> • Willenskraft als interne Ressource • Ablehnung von externen Ressourcen
Muster 2: zunehmende individualisierte Agentivität	<ul style="list-style-type: none"> • Beanspruchung der Deutungsmacht • Handlungsmacht als Schlüssel zur Abstinenzfähigkeit
Muster 3: Eingeschränkte Agentivität	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilität • Eingeschränkte Kontrollmöglichkeiten
Muster 4: Niedrige individualisierte Agentivität	<ul style="list-style-type: none"> • Fremdbestimmtheit • Soziale Normen und Ansprüche

8.3.2 ANALYSE DER KONZEPTUALISIERUNGEN DER ABHÄNGIGKEIT

Die Auswertung der Interviews zeigte außerdem, dass auch die Tabakabhängigkeit von den Erzählpersonen unterschiedlich konzeptualisiert wird, d.h. dass es grundlegende Unterschiede gibt, wie die Tabakabhängigkeit erlebt und beschrieben wird, welche Bedeutung dem Tabakkonsum zugeschrieben wird und wie sich das Individuum bezogen auf seine eigene Handlungsmacht konstruiert.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die Konzepte der Abhängigkeit aus Agencyperspektive nachvollzogen. Diese Konzeptualisierungen zeigten sich in der Beziehung zur Zigarette und in Einstellungen und Überzeugungen bezogen auf die Entstehung der Abhängigkeit und den Ausstieg.

Die Auswertung erfolgte anhand der folgenden Leitfragen:

- **Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen:** Wie wird Abhängigkeit erklärt? Welche Faktoren werden als Ursachen für die Entstehung der Abhängigkeit benannt?
- **Subjektives Erleben der Abhängigkeit:** Wie wird die Abhängigkeit auf psychischer, physischer, sozialer Ebene erlebt und geschildert? Welche Bewertungen und Einordnungen werden vorgenommen?
- **Ausstiegsbezogene Überzeugungen und Einstellungen:** Unter welchen Bedingungen kann der Ausstieg gelingen?
- **Beziehung zur Zigarette:** Wie wird sich zur Zigarette positioniert und wie wird die Beziehung zur Zigarette geschildert?

Es konnten vier Grundmuster von Konzeptualisierungen identifiziert werden, die sich nach dem Grad der Agentivierung der Abhängigkeit unterscheiden. Entsprechend unterschiedlich schätzten die Befragten ein, wie bewältigbar die Anforderungen des Ausstiegs sind, welche internen und externen Ressourcen sie benötigen und welche Rahmenbedingungen für den Ausstieg essentiell sind. Das

subjektive Erleben der Abhängigkeit reicht von der Leugnung der Abhängigkeit bis hin zur Fremdbestimmtheit durch das Rauchverlangen. Auch die Gestaltung der Beziehung zur Zigarette weist ein breites Spektrum auf, das die Objektivierung der Zigarette als konsumierte Substanz wie die starke emotionale Aufladung der Zigarette beinhaltet.

Die herausgearbeiteten Konzeptualisierungen und ihre Charakteristika werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

Konzeptualisierung: „Blöde Angewohnheit“:

Charakteristisch für diese Konzeptualisierung ist, dass die Abhängigkeit als „*blöde Angewohnheit*“ verharmlost und bezogen auf die eigene Person geleugnet wird. Der Ausstieg ist in diesem Muster eine Frage der Willenskraft und Entscheidung. Der Abhängigkeit wird eine geringe Handlungsmacht zugesprochen. Die Beziehung zur Zigarette ist funktional und objektivierend.

Konzeptualisierung: Angelernt/ habitualisiert

Die Abhängigkeit wird als handlungsmächtig konstruiert und erlebt, was auf die Habitualisierung des Konsums zurückgeführt wird. Die Verankerung des Rauchens als Bestandteil von Alltagsroutinen zu lösen, bedarf eines kognitiv-behavioralen Umstrukturierungsprozesses, in dessen Verlauf die eigene Agentivität gegenüber der Abhängigkeit (wieder-)gewonnen wird. Nur auf diese Weise wird der Ausstieg aus der Abhängigkeit möglich. Die Zigarette ist emotional stark aufgeladen.

Konzeptualisierung: Verankert im Unterbewußtsein

Abhängigkeit wird in diesem Konzept v.a. auf die körperliche Ebene und die Wirkung des Nikotins bezogen. Der Tabakkonsum ist stark habitualisiert und es gibt wenig Möglichkeiten der Kontrolle über den Konsum. Ein Ausstieg ist nur möglich, wenn diese Routinen durch spezifische Rahmenbedingungen und Interventionen unterbrochen werden. Nur so kann die Vulnerabilität, die durch die hohe Agentivität der Abhängigkeit entsteht, überwunden werden. Die Beziehung zur Zigarette ist weitgehend neutral.

Konzeptualisierung: Übermacht

Das Kernstück dieser Konzeptualisierung bildet die Überzeugung, dass unveränderliche Faktoren wie Persönlichkeitseigenschaften oder Belastungen in der Biographie das Risiko einer Abhängigkeit erhöhen und den Ausstieg erschweren. Infolgedessen wird ein hohes Maß an Fremdbestimmtheit durch die Abhängigkeit erlebt. Die Beziehung zur Zigarette ist ambivalent.

8.3.3 AUFHÖR- UND COPINGSTRATEGIEN

Die Aufhör- und Copingstrategien beziehen sich auf die Vorbereitung und Gestaltung des Rauchstopps, auf die anschließende Aufrechterhaltung der Abstinenz sowie auf die Bewältigung des Rauchverlangens und der Entzugssymptome. Aus jedem Fall wurde die hauptsächliche Art der Bewältigung herausgearbeitet; die Ergebnisse wurden anschließend gruppiert. Auf diese Weise konnten fünf verschiedene Muster identifiziert werden.

Muster 1: Verharmlosung

Zentrale Ausstiegsstrategie bildet die Leugnung der Abhängigkeit und Distanzierung von der Stressquelle mittels Verharmlosung und Rationalisierung. Als zentrale Strategie wird Willenskraft als innere Ressource benannt, wodurch sich andere Maßnahmen erübrigen. Der Rauchstopp selbst wird mittels der Schlusspunktmethode umgesetzt. Die auch im Rahmen des Kurses vermittelten Strategien werden als überflüssig und untauglich für den eigenen Ausstieg bewertet und zum Teil abgewertet. Im Vordergrund dieses Musters stehen als defensiv einzuordnende Strategien.

Muster 2: Selbstbestimmung

Dieses Muster ist dadurch gekennzeichnet, dass der Rauchausstieg als Prozess erlebt und seine Herausforderungen mit individualisierten Strategien wie z.B. terminierte, ich-syntone Rückfälle bewältigt werden. Die Möglichkeiten der Introspektion werden eingesetzt, um bisherige Rauchgewohnheiten und rückfallkritische Situationen zu reflektieren und zu analysieren. Im Vorfeld des geplanten endgültigen Rauchstopps wird der Konsum bereits systematisch reduziert. Im Falle des Kursbesuchs ist dieser eine wichtige Quelle der sozialen Unterstützung. Diese Strategien werden als eher offensiv eingeordnet.

Muster 3: „Aufrüsten“ - Ausgefeilte Strategien

Charakteristisch für dieses Muster ist eine gründliche Vorbereitung, die sich z.B. in der Entwicklung von situationsspezifischen Strategien zeigt. Rückfallkritische Situationen werden nicht nur vermieden, sondern es werden spezifische Aktivitäten entfaltet, die die bisherigen Konsumgewohnheiten ersetzen. Der gesamte Prozess wird dokumentiert. Dieses Muster wird den eher offensiven Strategien zugeordnet.

Muster 4: Schutzräume schaffen

In diesem Muster werden für den Ausstieg spezifische Rahmenbedingungen geschaffen. Besonders bedeutsam ist die zeitliche Perspektive, da es darum geht, die ersten Tage nach dem Rauchstopp gleichsam zu überstehen („Kalter Entzug“). Im Vordergrund steht daher in dieser Zeit, die Konfronta-

tion mit dem Stimulus Zigaretten möglichst zu vermeiden, indem keine Zigaretten mehr im Zugriff sind oder der Zugriff erschwert ist und ein möglichst rauchfreies Umfeld zu schaffen. Erst hierdurch festigt sich das Abstinenzverhalten und können rückfallkritische Situationen bewältigt werden. Die eingesetzten Strategien stellen eine Mischung aus offensiv und defensiv dar.

Muster 5: Orientierung auf externe Ressourcen,

Bei diesem Muster stehen die Vermeidung von rückfallkritischen Anreizen und die Orientierung auf externe Ressourcen im Vordergrund. Die Nutzung von Nikotinersatzpräparaten, der Entwöhnungskurs als einzige Möglichkeit, den Ausstieg überhaupt zu versuchen, Rückzug und eine eher unspezifische Orientierung auf Gesundheit charakterisieren dieses Muster. Um die Auseinandersetzung mit dem Stimulus möglichst gering zu halten, wird zum Rauchstopp die Schlusspunktmethode angewandt. Das Muster entspricht den eher defensiven Strategien.

8.4 CHARAKTERISIERUNG DER FÜNF TYPEN

In diesem Kapitel werden die gebildeten Typen ausführlich charakterisiert und mit den Skizzen der zugeordneten Fälle unterlegt. Um die Interviewpersonen gleichsam *lebendig* werden zu lassen, wird die Darstellung jeweils mit Zitaten aus dem Interview exemplarisch illustriert. Die verwendeten Zitate werden nicht im Transkriptionsstil wiedergegeben, sondern im Sinne der Lesbarkeit leicht angepasst. Selbstverständlich erfolgt dies nur so weit, dass der Sinn der Aussage nicht verfälscht wird. Jedes wörtliche Interviewzitat enthält als Quelle neben der Kennung der Interviewperson die Zuordnung zum Absatz des jeweiligen Interviewtranskripts (Nr.). Die Kennzeichnung erfolgt durch die Auswertungssoftware *MAXQDA 2010*. Die Aussagen der Interviewpersonen zu ihrem Tabakkonsum und ihrer Rauchgeschichte werden als verlässliche Angaben behandelt.

8.4.1 TYPUS 1: VERMEIDER*INNEN

Das für diesen Typus charakteristische Handlungsmuster ist das der Vermeidung. Vermieden werden die Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeit und mit möglichen Schwierigkeiten beim Rauchstopp sowie die Konfrontation mit Zweifel und Schwäche. Die Inszenierung von Stärke und Autonomie bei gleichzeitiger Leugnung der Abhängigkeit bildet die zentrale Aufhörstrategie. Gemeinsam ist den zugeordneten Fällen, dass sie sich durchgängig hoch individualisiert agentiv konstruieren. Die Aufhörstrategien sind den eher defensiven Strategien zuzuordnen.

Die diesem Typus zugeordneten Interviewpersonen sind beide männlich, Teilnehmer eines Entwöhnungskurses und 34 bzw. 70 Jahre alt.

K_m8_70: „Ich sag: Nein!“

Zur Person: Die Erzählperson ist männlich, 70 Jahre alt, selbstständig in der Kommunikationsbranche, verheiratet und hat erwachsene Kinder.

Rauchgeschichte: Mit 18 Jahren beginnt der Erzähler zu rauchen, sein täglicher Konsum umfasst ca. 30 Zigaretten. Laut Fagerström-Test ist seine Abhängigkeit hoch einzuschätzen (6 Punkte). Zum Zeitpunkt des Interviews liegt der Rauchstopp drei Wochen zurück. Nach einem früheren Aufhörversuch raucht der Interviewte zunächst sechs Jahre lang nicht und nimmt dann den Tabakkonsum wieder auf.

Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Seinen bisherigen Tabakkonsum beschreibt der Erzähler in erster Linie als automatisiert und funktional und weniger bedingt durch die Tabakabhängigkeit. Er erkennt zwar grundsätzlich an, dass Tabakkonsum eine „Sucht“ ist; er selbst nimmt sich aber davon aus und begründet dies v.a. mit seinen Konsumgewohnheiten: so findet sein Tabakkonsum weniger aus Suchtdruck statt, sondern scheint vielmehr zufällig und aus Gründen der Geselligkeit v.a. dann zu erfolgen, wenn jemand ihn dazu einlädt. Darüber hinaus gehende Funktionen des Rauchens oder gar Craving als Motiv beschreibt der Erzähler nicht.

Aufhörmotivation: Sein aktueller Rauchausstieg ist in erster Linie gesundheitlich motiviert. Die Sorge um die eigene Gesundheit und das Erleben gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die zum Teil mit dem Tabakkonsum in Verbindung stehen, ziehen sich durch das gesamte Interview. Sein Arzt empfiehlt ihm dringend den Rauchstopp und macht ihn auf den Kurs aufmerksam.

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Bezogen auf den Einstieg im Jugendalter stellt der Erzähler die Normalität des Rauchbeginns und die Regelmäßigkeit der Habitualisierung heraus. Dass es keinen Agenten gibt, lässt auf die Normativität des Rauchens und das Vorhandensein überindividueller Gründe schließen, was dadurch unterstrichen wird, dass der Erzähler keine weiteren Ausführungen zum Einstieg macht. Auch die zeitliche Verortung ist ungenau.

„Ja: irgendwo, wie jeder früher so war mit sechzehn siebzehn oder so. Mal erst eine probiert, mal zwei, ja und dann auch mal- dann gab es natürlich noch kleine Packungen, ich weiß nicht, sechs Stück drinnen, ne, so hatte ich dann irgendwo in in in der Jugend angefangen, nicht (7) ja, ich hab eigentlich, wenn Sie so wollen, das ganze Leben geraucht, ne.“ (32-33)

Frühere Aufhörversuche: Nach einer längeren Krankheitsphase mit Krankenhausaufenthalt entschließt er sich zum Rauchstopp. Undeutlich bleibt, ob die Erkrankung im Zusammenhang mit seinem Tabakkonsum stand. Die Schilderung der Behandlung lässt passive Agentivität erkennen; der Erzähler ist passiver Empfänger von Handlungen, die an ihm vorgenommen werden. Im Gegensatz dazu steht

der Schluss dieser Passage, in der er seinen Entschluss zum Rauchstopp beschreibt. Er konstruiert sich in hohem Maße individualisiert agentiv.

„Da war ein Aneurys- Aneurysma und da musste also operiert werden. Dann ist also ein natürlicher Bypass gelegt worden und erst man hat also eine Arterie neu verlegt (...) war ein sehr LANGER Prozess dadurch dass ich Bakterien in einem Entlastungsschnitt bekommen habe und war ein sehr LANGER Prozess und war ein sehr langer Krankenhausaufenthalt und dann auch ein lä- eine lange Heilprozedur und dann hab ich also eine Anschlussheilbehandlung bekommen und habe also DA schon beschlossen nicht mehr zu rauchen. Das ist natürlich auch HERVORRAGEND gelungen. Ja, über drei Jahre so etwa.“ (9)

Den Erfolg sieht er v.a. in der bedrohlichen gesundheitlichen Situation und der Ferne vom Arbeitsalltag begründet. Den Rückfall nach dieser Abstinenzzeit beschreibt der Erzähler als eine Kombination von Zufällen und Gelegenheiten. Die Wiederaufnahme des Rauchens schildert er als anonymen Prozess und Automatismus, an dem der Erzähler scheinbar keinen Anteil hat, so dass unklar bleibt, welche Faktoren hier tatsächlich wirksam waren.

„Und dann irgendwo war ich mit mit der Familie über Ostern in [Ort]. Da hatten wir vom Bekannten ein Haus gemietet und war sehr schönes Wetter zufälligerweise ((lacht)) mal und ich bin also ein Frühaufsteher und hab dann da morgens vorm Haus gesessen und die Zigaretten auch von meiner Frau gesehen, da habe ich gesagt: ‚Aber so mal eine probieren‘. Bäh, war gar nicht das Richtige. Aber am NÄCHSTEN Morgen auch denn noch mal eine und so hat es denn irgendwann wieder angefangen.“ (9)

Aktueller Rauchstopp: Bezogen auf seinen aktuellen Rauchstopp stellt der Erzähler seine Entscheidung und Willenskraft als zentrale Voraussetzung für den Abstinenzserfolg heraus.

„Man muss sich nur zwingen. Ich war da gestern Abend auch auf einer Vorstandssitzung vom Fußballverein, (1) gut, da sind dann ein paar bei, die rauchen, dann sagt der eine schon mal- legt die Packung da hin: ‚Komm‘ (1) ich sag: ‚Nein‘.“ (39)

In Kombination mit seiner Perspektive, dass es sich beim Rauchen um eine Angewohnheit handelt, hat er keinen Zweifel am Gelingen seines Ausstiegs und leidet – so seine Schlussfolgerung – daher nicht unter Entzugserscheinungen.

Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen: Es räumt zwar ein, dass Tabakabhängigkeit als Phänomen existiert, grenzt sie aber deutlich gegen Alkoholabhängigkeit oder die Abhängigkeit von illegalen Drogen ab. Bezogen auf die eigene Person wird die Abhängigkeit geleugnet. Gegenüber Aussteiger*innen, die vermeintlich mehr Schwierigkeiten mit dem Ausstieg haben, erfolgt eine deutliche Abgrenzung.

„Mag ja sein, dass es solche Leute gibt, die so abhängig davon sind, ich bin immer der Meinung, dass das gar nicht so eine tolle – was meine Person betrifft – Abhängigkeit. Das ist eine dumme Angewohnheit, keine Abhängigkeit.“ (41)

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Auch bezogen auf den Ausstieg und den Abstinenzserfolg stehen seine Entscheidungs- und Willenskraft im Vordergrund, die Voraussetzung nicht nur für den Rauchstopp, sondern auch für den Abstinenzserfolg sind.

„Aber dass ich irgendwo Entzugserscheinungen habe, das könnte ich nicht sagen. ABSOLUT nicht. Das ist so eine reine Willensfrage im Kopf.“ (9)

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Der Erzähler definiert sich selbst nicht als abhängig, sondern beschreibt seinen Konsum als Automatismus und eine eher zufällige Handlung, der er keine weitere Bedeutung zumisst und die nicht aus dem Verlangen zu rauchen entsteht.

„Das ist zwar eine Sucht, das ist klar. Das trifft bei mir eigentlich weniger zu. Ist dann mehr-, dann kommt einer: ‚Och, komm‘, Rauch mal hier eine mit. Komm, wir rauchen mal eben eine.“ (9)

Beziehung zur Zigarette: Die Zigarette wird als Objekt des Konsums beschrieben, dem keine besondere Bedeutung zuwiesen wird. Die Beziehung zur Zigarette ist distanziert, sachlich und wenig emotional.

Aufhörstrategien: Der Erzähler setzt keine spezifischen Strategien zur Bewältigung rückfallkritischer Situationen und zur kognitiven Umstrukturierung ein. Er sieht keinen Unterstützungsbedarf in Bezug auf soziale Unterstützung oder Hilfsmittel wie Nikotinersatzpräparate. Die im Kurs empfohlenen Strategien lehnt er als für sich untauglich ab und dokumentiert auf diese Weise seine hohe individualisierte Handlungsmacht (s. Bedeutung des Kurses). Einzige rückfallkritische Situationen sind Stresssituationen auf der Arbeit. Diesen Konsum beschreibt der Erzähler als weitgehend automatisiert und damit schlecht kontrollierbar (*„(...) unwillkürlich nehm [ich] mal eine Zigarette und dann verqualmt sie oder was halbwegs.“, 142*).

Soziales Umfeld: Sein privates soziales Umfeld spielt für seinen Ausstieg keine Rolle wie der Erzähler betont. Seine Ehefrau, die derzeit raucht, wird über seinen Ausstieg informiert, ist aber weder mit Unterstützung noch mit rückfallkritischen Situationen verbunden, also eher als neutral zu bezeichnen. Anderen sozialen Kontakten gegenüber konstruiert er sich als handlungsmächtig, indem er Zigaretten ablehnt und sich von Aussteiger*innen, die Schwierigkeiten mit dem Rauchstopp haben, abgrenzt (*„Ich KANN das nicht nachvollziehen, dass da einer so SÜCHTIG drauf ist (3) das versteh ich nicht.“, 142*).

Bedeutung des Kurses: Dem Kurs räumt der Erzähler bei der Bewältigung des Tabakausstiegs eine untergeordnete Rolle ein. Er ist davon überzeugt, dass die Entscheidung zum Ausstieg und die eigene Willenskraft eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg sind.

„Ich will mal so sagen, der Kursus der hat schon etwas bewirkt, ja, dass man dass man von außen etwas Hilfe bekommen hat. Ja, mach so so, mach langsamer ja und da sich das eine

oder andere noch mal überlegt hat. Aber es ist nicht so, dass ich dahingegangen bin und- wer nicht aufhören WILL aus dem Kopf, dem hilft auch dieses Programm nicht.“ (57)

Der Erzähler betont, dass er die Entscheidung, mit dem Rauchen aufzuhören, autonom und bereits vor dem Kurs getroffen hat und stellt auf diese Weise seine Handlungsmacht heraus.

„Der Entschluss der stand schon VOR dem Kursus fest. Ja, dann hab ich nur gesagt, okay, das hörst du dir mal mit an (3) ich hab das nicht von dem KURSUS abhängig gemacht. Für mich war das von vornherein klar.“ (53)

Von dem Kurs selbst hat er sich keinen Effekt auf seine Entscheidungsfindung und Motivation versprochen. Zu den anderen Kursteilnehmer*innen setzt er sich kompetitiv in Beziehung und stellt die eigene Situation als unproblematisch heraus. Außerdem bietet der Kurs ihm den Anreiz, der Erste in der Gruppe zu sein, der erfolgreich ist. Auch den Rauchstopp, der im Kurs gemeinsam vollzogen wird, unternimmt er bereits vor Kursbeginn individualisiert.

„In dem Kurs ist das schon, dass man irgendwo einen Anreiz hat, möchte ich mal sagen, der Erste zu sein oder mit im oberen Bereich.“ (88)

Der Erzähler verdeutlicht, dass weder der Kurs noch die Kursleitung relevant für seinen Ausstieg sind, indem er die Kursleitung abwertet und die empfohlenen Strategien als für sich untauglich darstellt.

„Ich fand dann den Kursus HÖCHST interessant, ja, aber ich hab mir auch im Stillen immer gesagt: „Auch du, lieber [Name der Kursleitung], Du bist nicht in der Lage mir das Rauchen abzugewöhnen, wenn ich nicht WILL (2) wenn ich das nicht will, dann will ich das nicht, aber WENN ich will, dann brauch ich DEN auch nicht.“ (75)

K_m2_34: „Also hab ich mich entschieden.“

Zur Person: Die Erzählperson ist männlich, 34 Jahre alt, vollzeiterwerbstätig als Handwerker, verheiratet und hat ein Kind. Der Interviewte hat einen russischen Migrationshintergrund.

Mit einer Dauer von 1:43 Std. handelt es sich um das längste Interview.

Rauchgeschichte: Im Alter von 18 Jahren beginnt der Erzähler mit dem Rauchen und konsumiert täglich etwa 25 Zigaretten. Der Fagerström-Test ergibt eine sehr hohe Abhängigkeit (9 Punkte). Die Tabakentwöhnung unternimmt er im Rahmen eines Entwöhnungskurses. Der Rauchstopp liegt zum Zeitpunkt des Interviews sechs Tage zurück.

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Der Erzähler differenziert zwischen „Suchtzigaretten“, die auf die Schnelle und zwischendurch geraucht werden, und „Genußzigaretten“, die in entspannten, sozialen Situationen wie beim Grillen, zum „Bierchen“ geraucht werden und einen festen Platz in seiner Tagesroutine haben („nach dem Essen wird ja irgendwie gemütlicher“, 14). Auf die Frage, welche Bedeutung das Rauchen für ihn hat, antwortet der Erzähler eher rationalisierend: „Also ich finde keine Bedeutung, überhaupt nicht.“ (62).

Aufhörmotivation: Mit dem Vorhaben, das Rauchen aufzugeben, setzt sich der Erzähler schon länger auseinander. Obwohl er sich in der Vergangenheit insbesondere der gesundheitlichen Risiken und ökonomischen Nachteile seines Tabakkonsums bewusst ist, erwächst hieraus keine ausreichende Motivation für den Ausstieg. Frühere Rauchstopps sind jeweils nur von kurzer Dauer und er nimmt nach wenigen Tagen seine Rauchgewohnheiten wieder auf. Vom dem Besuch des Kurses erhofft er sich die nötige Unterstützung, um den Ausstieg zu schaffen und will diese „Chance“ (14) nutzen.

Er orientiert sich an männlichen Verwandten (Vater, Onkel), die aufgehört haben zu rauchen und ihm so als Vorbild dienen können. Für ihn ist selbstverständlich, dass er jetzt derjenige ist, der anderen ein Vorbild sein muss („Jetzt bin ich auch dran.“, 124). Mit seinem Vorhaben, das Rauchen aufzugeben, nimmt er die empfundene Verantwortung für seine Familie wahr, möglichst lange und gesund zu leben.

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Die Erzählung dokumentiert die Normalität des jugendlichen Rauchens („ALLE Jungs haben geraucht und ich auch“, 62) und die auf die Ausprobierphase folgende Habitualisierung („hab ich mal vielleicht gespielt damit“, 62). Als Soldat bei der Armee orientiert sich der Konsum an der Verfügbarkeit von Zigaretten („Wenn wieder die Lieferung da war und dann kamen wieder Zigaretten, hab ich wieder angefangen und weil ALLE rauchen muss ich AUCH.“, 62). Er betont außerdem, dass die Unwissenheit über die möglichen gesundheitlichen Risiken den Einstieg in das Rauchen befördert hat.

Frühere Aufhörversuche: Frühere Versuche, das Rauchen aufzugeben, scheitern nach wenigen Tagen; es bleibt offen, welche Faktoren hier wirksam sind. Es fehlt aber anscheinend an Entschiedenheit und am Willen, die negativen Begleiterscheinungen vor allem der ersten Tage auszuhalten.

„Also- ja, paar Mal hab ich auch schon probiert aufzu- äh- aufhören. Aber das GING ja nicht irgendwie- dann- zwei, drei Tage, dann hab ich ja wieder angemacht. Eine nächste und nächste Mal und dieses Mal war ja so- also hab ich mich entschieden. Also, muss man aushalten erste Zeit.“ (16)

Aktueller Ausstiegsversuch: Deutlich wird, dass der Erzähler v.a. die kognitiven Inhalte des Entwöhnungskurses aufnimmt und nutzt, um das Rauchen auf seine physiologischen und physischen Effekte zu reduzieren. Durch Rationalisierung versucht er, den vom Kursleiter angebotenen Perspektivwechsel zu vollziehen, dass man nach jeder Zigarette im Grunde Nichtraucher ist und es weniger darum geht, aufzuhören, als nicht wieder anzufangen („Wir sind ja nicht von Nikotin abhängig.“, 26).

Der Erzähler oszilliert zwischen hoher individualisierter Agentivität („das ist ja so TIEF- so diese- diese Entscheidung getroffen, da hab ich gesagt, das brauch ich nicht.“, 70) und dem Bedürfnis nach Schutz und Ermutigung („Ich bin immer noch am Zittern.“, 26).

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Willenskraft wird als zentrale Ressource für den Ausstieg beschrieben. Sie wird konzeptualisiert als Grad der Entschiedenheit und Selbstverpflichtung zum Ausstieg (*commitment*). Der Erzähler ist davon überzeugt, dass Willenskraft Voraussetzung und Garant für den Abstinenzserfolg ist.

„Wenn man große Wille hat, dann wird auch geschafft. (...) Wenn ich nicht will, mach ich es nicht mehr.“ (16; 98)

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Während der Zeit des regelmäßigen Konsums ist kein Erleben der Abhängigkeit erkennbar. Einzig in der Phase des Ausstiegs definiert sich die Erzählperson aufgrund des auftretenden Rauchverlangens als abhängig.

„Also ersten Tag, hm, schwer und so. Also wollte ich, war ich ja richtig süchtig.“ (30)

Beziehung zur Zigarette: Die Beziehung zur Zigarette ist funktional, rationalisiert und nicht emotional geprägt.

„Bringt auch nichts. Manche sagen: Entspannung, manche sagen von Stress oder manche sagen auch irgendwelche Genuss. Das ist ja gar nichts. Rauchen bringt ja gar nichts. Das ist ja nur diese Stoff, was mit Einatmen reingehen und dann irgendwie dann durch Lungen in Blut mit Luft also mit Sauerstoff und keine Ahnung wie das richtig so funktioniert und dann haben wir Gefühle so bißchen schwindelig. Aber das ist ja kurze Zeit und dann geht alles weg.“ (60)

Aufhörstrategien: Der Erzähler ist v.a. auf kognitive Strategien ausgerichtet und versucht auf diese Weise, seine Orientierung auf ein rauchfreies Leben zu unterstützen. So verdeutlicht er sich die Risiken des Rauchens und die Vorteile des Nichtrauchens, liest entsprechende Literatur und nimmt die Informationen, die im Rahmen des Kurses vermittelt werden, gezielt auf. Da er insbesondere die ersten Tage nach dem Rauchstopp für eine vulnerable Phase hält, zieht er sich aus sozialen Kontakten zurück und vermeidet rückfallkritische Situationen. Die Freizeitsituationen mit Freunden und Kollegen sind tendenziell rückfallkritisch. Zum einen weil diese teilweise rauchen, zum anderen weil er annimmt, dass der Freund/ Kollege keine Rücksicht auf seinen Rauchstopp nehmen, in seiner Gegenwart rauchen und ihm eine Zigarette anbieten würde. In der Konsequenz distanziert er sich von seinen Bekannten/ Freunden und meidet diese Situationen.

Der Erzähler sieht sich im Spannungsfeld zwischen zwei Polen: „draußen“ ist mit rückfallkritischen Situationen und „drinnen/ zu Hause“ ist mit Rückzug und Schutz verbunden („eingesperrte Raum richtig HILFT ja.“, 30).

Seine zentrale Strategie besteht also aus Vermeidung und Rückzug, was zu den folgenden Aussagen im Kontrast steht:

„Jetzt brauche ich gar nichts. Wenn ich mir selber nicht so behilflich sein kann, was kann mir noch Hilfe sein?“ (26)

Obschon der Erzähler sich einerseits schutzbedürftig darstellt, konstruiert er sich gleichzeitig als handlungsmächtig. Seine Vulnerabilität stellt seine individualisierte Handlungsmacht jedoch nicht in Frage und wird subjektiv nicht als Widerspruch empfunden.

Soziales Umfeld: Die zentrale Person in seinem sozialen Umfeld ist seine Ehefrau. Sie will nicht, dass er raucht, beschwert sich über den Gestank und hat alle Rauchutensilien direkt nach dem Rauchstopp im Kurs entsorgt. Er agentiviert seine Ehefrau zur Aufpasserin und Kontrolleurin seiner Abstinenz.

„Also lieber so zuhause und dann kann mich- auf mich noch meine Frau aufpassen, dass ich nicht irgendwo mich verstecke und das ist natürlich mit Unterstützung ist einfacher. Wenn man so alleine vor diesem Problem steht, dann wird natürlich schwerer.“ (56)

Seinen direkten Arbeitskollegen empfindet er ebenfalls als sehr unterstützend, da dieser sich nach seinem Befinden erkundigt, ihn ermutigt, ihn abzulenken versucht und ihm als ehemaliger Raucher Tipps gibt.

Bedeutung des Kurses: Die Teilnahme am Kurs spornt den Erzähler an, sich selbst, anderen und dem Kursleiter zu beweisen, dass er ausreichend Willensstärke besitzt, um sein Abstinenzvorhaben umzusetzen. Den angesetzten Termin für den gemeinsamen Rauchstopp im Kurs nimmt er nicht wahr, sondern vollzieht den Rauchstopp vorher individuell. So berichtet er zunächst, dass er seinen Rauchstopp bereits zwei Tage vor dem offiziellen Rauchstopp im Kurs unternommen hat.

„Und das war ja DIENStag diese STOPP also- TAG- also mit- also- hm- RAUCHstopptag, sag ich so. Ist ja dann, KURZ vor dem meine Frau dahin mich gebracht hat, also- NOCH eine. WOFÜR? Also ich WUSSte, dass dieser Termin bißchen später ist. Aber, obwohl ich hab mich auch dann bißchen früher entschieden. Nicht am DIENStag, sondern schon ab SONNtag. (...) U:nd die LETZTe Zigarette hab ich dann nicht geraucht mit meine Kursteilnehmer, also mit denen ich ja da die, also- bin ich NICHT rausgegangen- (...) und das WAR'S dann.“ (30)

Im weiteren Verlauf des Interviews stellt sich jedoch heraus, dass er an beiden Tagen rückfällig wird, und seine letzte Zigarette tatsächlich unmittelbar vor Kursbeginn raucht. Der Erzähler unterscheidet zwischen dem Rauchstopp im Kurs, den er als verbindlich betrachtet und seinem selbst gesetzten Rauchstopp, den er gleichsam zur Probe vollzieht und der ihm Rückfälle gestattet.

„Ich hab mir gesagt, am Sonntag rauche ich letzte Zigarette. Dann kurz vor dem Schlafengehen am Montag habe ich ja wieder zwei Zigaretten geraucht. Das war ja so, ich habe ja- also WUSSte ich, dass am Dienstag Rauchstopp ist. Aber habe ich mir SELBer entschieden. Diese Montag und Dienstag auch nicht rauchen und dann hab ich gesagt, also ja, letzte Zigarette am Sonntag. Am Montag war ja schon komisch. Also ganzen Tag, also ersten Tag, hm, SCHWER und so. Also wollte ich, war ich ja richtig SÜCHtig und dann hab ich mir so gesagt, also-, was MACH ich denn jetzt. Ich WEISS, dass am nächsten Tag nun diese Rauchstopp ist, aber werd ich sowieso aushalten. Werd ich aushalten, aushalten, aushalten und zum SCHLUSS habe ich eine fertiggemacht. (...) Wenn ich damals schon richtige Rauchstopp gehabt habe, also- wie mit anderen im Kurs, vielleicht könnte man sagen also- viell- also auf diese Zigarette verZICHten. Aber ich wußte, dass am DIENStag so offiziell Rauchstopp ist im Kurs. Da hab ich mir gesagt: ‚Okay.‘ Ja, so wie eine BeLOHNung oder was so für diese erste Tag. (...) ja- am nächsten Tag ist

das GLEICHE passiert. (...) Also das war ja kurz vor einer Stunde vor dem Kurs und ja (3) kurz, ja kurz davor hab ich ja LETZTe Zigarette geraucht.“ (94)

Die Ermutigung durch den Kursleiter erlebt der Erzähler als sehr unterstützend, da er selbst immer noch unsicher ist, ob ihm der Ausstieg wirklich gelingt.

Zusammenfassung Typus 1: Vermeider*innen

Hohe individualisierte Agentivität: Willenskraft

Bei diesem Typus ist die individualisierte Agentivität fast durchgängig hoch. Dies bezieht sich sowohl auf den Einstieg und frühere Aufhörversuche als auch auf Rückfälle, die überwiegend individualisiert handlungsmächtig konstruiert werden, wenn auch kollektive und strukturelle Agencykonstruktionen erkennbar sind. Entsprechend sind für den Ausstieg v.a. interne Ressourcen notwendig und Willenskraft gilt als zentrale wenn nicht gar einzige Voraussetzung für den Abstinenzenerfolg. Externe Hilfsmittel werden abgelehnt. Auch der Kursteilnahme wird in dieser Konstruktion eine untergeordnete Rolle zugeschrieben und der Kurs wird eher genutzt, um die eigene Handlungsmacht zu bestätigen und in den Vordergrund zu stellen. Dies zeigt sich an der Abgrenzung von den anderen Kursteilnehmer*innen, denen der Ausstieg schwerer zu fallen scheint, der Vorwegnahme des Rauchstopps, der kompetitiven Haltung bis hin zur Abwertung der angebotenen Strategien und der Kursleitung.

Konzeptualisierung der Abhängigkeit: „Blöde Angewohnheit“

Charakteristisch für diesen Typus ist die Verharmlosung der Abhängigkeit durch Rationalisierung und Betonung der individualisierten Handlungsmacht. Der Tabakkonsum wird vorrangig als körperliches Phänomen konzeptualisiert in der Weise, dass Rauchen bestimmte physiologische und physische Reaktionen auslöst, die jedoch nach kurzer Dauer verschwinden und keine bleibende Wirkung haben. Darüber hinausgehende Effekte des Konsums und der Abhängigkeit werden nicht wahrgenommen bzw. rationalisiert. Das Maß an Eigenreflektion hinsichtlich des Tabakkonsums ist gering. Rauchverlangen wird als Symptom der Gewohnheit, als Automatismus beschrieben und weniger als Zeichen von Abhängigkeit eingeordnet. Daher fehlt eine differenzierte Wahrnehmung der psychischen und physischen Vorgänge im Entwöhnungsprozess. Die Beziehung zur Zigarette ist funktional und objektivierend.

Soziale Unterstützung spielt insgesamt eher eine untergeordnete Rolle; am ehesten ist die Vermittlung von Informationen, wie sie im Rahmen der informationellen Hilfe stattfindet, von Bedeutung. Bezogenheit auf Menschen des sozialen Umfelds wird als Verantwortung für andere thematisiert. Hierzu gehört die Motivation, Kinder und die nicht rauchende Partnerin vor Passivrauchen schützen sowie eine Vorbildfunktion für andere wahrnehmen zu wollen. Auch wenn wie im Fall K_m2_34 der Nutzen des Kurses nicht in Frage gestellt wird, konstruiert er sich insofern handlungsmächtig als er dem

Kursleiter etwas zurückgibt, um unter Beweis zu stellen, dass sich dessen Einsatz gelohnt hat. Er schildert außerdem die Unterstützung durch seine Ehefrau, die er als eine Art Aufpasserin und Wächterin agentiviert, als essentiell für seinen Ausstieg. Die eigene Handlungsmacht wird dadurch jedoch nicht in Frage gestellt; soziale Unterstützung erleichtert zwar den Ausstieg, ist aber andererseits keine zwingende Voraussetzung für den Abstinenzserfolg.

Aufhör- und Copingstrategien: Verharmlosung und Rationalisierung

Für den Rauchstopp wird die Schlusspunktmethode gewählt. Ob Zigaretten im Zugriff sind oder nicht, ist sekundär. Rationalisierung dient der Distanzierung vom Rauchverlangen als Stressquelle. Auch das Erleben der Abhängigkeit sowie der Stressausdruck sind geprägt von Verharmlosung und Rationalisierung in der Weise, dass Entzugserscheinungen oder Schwierigkeiten mit dem Ausstieg nicht wahrgenommen und kommuniziert werden. Die eigene Handlungsfähigkeit und Autonomie werden dadurch dokumentiert, dass keine Unterstützung benötigt wird. Die Orientierung auf ein rauchfreies Leben ist kaum vorhanden und es sind keine spezifischen Strategien erkennbar, die den inneren Prozess der Umbewertung begleiten würden. Als zentrale Strategie und Ressource wird Willenskraft benannt, wodurch sich andere Maßnahmen erübrigen. Die auch im Rahmen des Kurses vermittelten Strategien werden als überflüssig und wenig tauglich für den eigenen Ausstieg bewertet und teilweise abgewertet. Rückfallkritische Situationen werden möglichst vermieden; darüber hinaus werden keine spezifischen Strategien entwickelt. Wenn überhaupt von Rauchverlangen berichtet wird, dann wird diesen Situationen mit Disziplin und Durchhaltevermögen begegnet. An einem Entwöhnungskurs nehmen zwar beide eingeschlossenen Fälle teil, der Rauchstopp wird jedoch individuell bereits vor der gemeinsamen letzten Zigarette im Kurs vollzogen. Die Strategien dieses Typus werden als eher defensiv eingeordnet.

8.4.2 TYPUS 2: KÄMPFER*INNEN

Typisch für dieses Handlungsmuster ist die hohe individualisierte Agentivität in Kombination mit der Konzeptualisierung der Abhängigkeit als Übermacht. Entsprechend bedarf es großer Anstrengung in Form von Disziplin sowie der Entwicklung von Strategien mit dem Ziel, die Kontrolle wiederzugewinnen. Das Scheitern des Aufhörversuchs würde als Niederlage erlebt, was ebenso wie Kontrollverlust mit dem Selbstbild schlecht vereinbar wäre. Dieser Typus investiert daher große Anstrengungen in den Erfolg. Die gewählten Strategien sind eher offensive.

Die beiden eingeschlossenen Fälle sind männlich, selbstständig Aufhörende und 45 bzw. 53 Jahre alt. Bei beiden Erzählpersonen liegt der Ausstieg länger zurück als bei allen anderen Interviewten.

S_m11_53: „Ich mag dieses Verlieren nicht.“

Zur Person: Die Interviewperson ist männlich, 53 Jahre alt, Akademiker, vollzeiterwerbstätig im öffentlichen Dienst. Er lebt mit seiner Partnerin zusammen.

Rauchgeschichte: Mit 15 Jahren beginnt er zu rauchen und konsumiert ca. 20 bis 25 Zigaretten. Der Fagerström-Test ergibt mit 7 Punkten eine hohe Abhängigkeit. Frühere Aufhörversuche münden in zwei rauchfreie Phasen von jeweils 2,5 Jahren. Den Ausstieg aus dem Tabakkonsum unternimmt der Erzähler selbstständig; zum Zeitpunkt des Interviews liegt dieser 4,5 Monate zurück.

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Der Erzähler differenziert zwischen Tabakkonsum, der fest verankert in tägliche Rituale und Routinen ist und eine bestimmte Funktion erfüllt, und solchen Zigaretten, die mit Genuss, Entspannung und Pausen assoziiert sind. Rauchen ist außerdem „mit frischer Luft“ (24) und mit Kontakt zu anderen Raucher*innen verbunden; zwei Aspekte, die der Erzähler besonders positiv bewertet.

Aufhörmotivation: Sport spielt in seinem Leben eine wichtige Rolle, so dass die Einschränkung seiner körperlichen Belastungsfähigkeit eine Schlüsselerfahrung ist, die dann letztlich den Ausschlag für die Reduktion des Tabakkonsums gibt. Die Halbierung seines Konsums gelingt ihm über ein bis zwei Jahre, wohingegen der vollständige Rauchstopp zwar angestrebt wird, aber für ihn nicht vorstellbar und eher „bedrohlich“ (10) ist. Den Anlass für den Rauchstopp bildet eine Erkrankung, die ihn zumindest kurzfristig zur Abstinenz zwingt. Diese Gelegenheit nutzt er, um den Versuch zu machen, das Rauchen ganz aufzugeben.

„Und DANN hab ich mir halt ne Erkältung geholt (1) und die konnte ich dann nutzen. Das war eigentlich auch immer meine Hoffnung, dass ne Erkältung, da geht's einem, wenn man so richtig erkältet ist, geht's einem so schlecht, dann hat man den kalten Entzug hinter sich und dann ist ja eigentlich gut.“ (8)

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Den Einstieg in das Rauchen im jugendlichen Alter von vierzehn oder fünfzehn Jahren schildert der Erzähler als gemeinsam mit einem Freund unternommenes, zielgerichtetes Vorhaben. Die Konstruktion hoher individualisierter Agentivität setzt sich fort, indem mehrere Hindernisse überwunden werden: (1) das erste Probieren mündet in aversive Reaktionen und (2) löst sich die Dyade auf, da der Freund angesichts dieser Erfahrung Abstand vom weiteren Konsum nimmt, während dieses Erlebnis für den Erzähler gleichsam eine Weichenstellung für den künftigen habitualisierten Konsum bedeutet.

„Ich weiß nur, dass ich relativ früh mit nem Freund haben wir dann gesagt: ‚Wir müssen mal Zigaretten kaufen‘ und sind dann eben da rein ganz professionell, haben gesagt die Zigaretten, Fertige, waren zu teuer, also hat man gesagt Tabak. Wir kaufen uns Tabak und Blättchen. Das war auch schon grundsätzlich klar. Aber das war natürlich, man kommt zur Kasse und muss

dann relativ schnell dann da reingreifen und hatten extreme Mühe dieses Zeugs zu drehen, weil wie sich herausstellte das Pfeifentabak war, der ja wirklich nur was für Könner ist ((lachend)) dann sind mir auch die Tränen- das bringt auch alles nix. Und da war es so'n bißchen, ich glaub Woody Allen hat das mal in irgend so einem Tennisball, der nach da oder da kippt im Leben, ne und ich bin dann stur geblieben. Hab irgendwie gedacht ich müsste da weiterruchen und der Freund hat gesagt: ‚Ach, nimm du den Tabak. Nö, schmeckt irgendwie nicht so‘. Der hat auch NIE wirklich richtig geraucht. Der hat ab und zu mal geraucht und ich war dann gehörte dann zu denen, die eigentlich relativ früh immer geraucht haben.“ (42)

Frühere Aufhörversuche: In einer durch eine Trennung ausgelösten schwierigen emotionalen Situation wird der Erzähler rückfällig. Ähnlich wie beim Einstieg stellt er Handlungsmacht dadurch her, dass er aversive Reaktionen ignoriert. Die Wiederaufnahme seiner alten Konsumgewohnheiten ist ein Akt der Selbstbestimmung und Wiedergewinnung seiner Autonomie.

„Das eine Mal hab ich irgendwie aufge-, ich glaub meine damalige Freundin hat nicht geraucht (3) und da hab ich irgendwie aufgehört. (...) Das war im Prinzip auch so'n Ausbruchdings, weil (...) dann war die Beziehung zu Ende gegangen. Weil die keinen Alkohol mochte, hab ich auch keinen Alkohol getrunken, dann saß ich da irgendwie in [Großstadt], kannte keine Sau, hab nicht geraucht, nicht getrunken und ne Frau hatte ich auch nicht. (1) Hab ich gesagt: ‚Also das mit der Frau lässt sich jetzt so schnell nicht ändern. Aber ((lachend)) mit dem Alkohol und den Zigaretten, das geht schnell. Gehste jetzt mal eben zur Bude.‘ (...) Das Schlimme war, die Zigarette hat nicht geschmeckt. (...) Hab ich gesagt: ‚So haben wir aber nicht gewettet.‘ Also, ich wollte es immer noch machen. Das ist Quatsch, aber bin dann auch am nächsten Tag schon ins Büro, da konnte man noch in Büros rauchen, das ist ja schon lange her, und hatte Filterzigaretten. Weiß gar nicht. Gouloises, Gitanes ohne Filter. VOLLE Programm. <<Hab ich gesagt>>: ‚Also, SO haben wir nicht gewettet. Jetzt wird das mal wieder alles schön gemacht.“ (26)

Der Rückfall nach der zweiten abstinenten Phase ereignet sich ebenfalls in einer allerdings positiv emotional aufgeladenen Situation. Diese legitimiert unkontrolliertes, unangepasstes und regelwidriges Verhalten.

„Und das zweite Mal war das eher schon-, (...) also dieses entweder etwas SPRENGEN oder ja dieses Grenzüberschreitende, was es so hat. (...) Da hab ich ein ein UNGemein langes und enges und spannendes und aufreibendes Match gehabt und danach war hab ich irgendwo <<gesessen>> und dann GEWANN ich auch noch. (...) Und da war auch klar. Ich brauchte jetzt SOFORT ein Bier und <<dann hab ich gesagt>> ‚Gib mir mal ne Zigarette‘. (1) Die guckten mich alle AN und ich sag ‚Nein. Gebt mir jetzt ne Zigarette. Ich will jetzt ne Zigarette.‘ Also wirklich so'n Ausnahmezustand und und dann war das eben so dieses, man ist irgendwie den Zwängen enthoben und das zeigt auch, dann darf ich jetzt auch was machen, was ich nicht mehr mache.“ (26)

Zwischen diesen längeren Abstinenzphasen kommt es zu gelegentlichem Rauchen; der Erzähler berichtet jedoch von einer hohen Konsumkompetenz, die ihm ermöglicht, die Aufnahme früherer Konsumgewohnheiten zu verhindern (ich-syntone Rückfälle).

„Und das hab ich über ne WEILE sehr kontrolliert wie ICH fand ab und zu mal eine und dann mal zwei (2) und dann mal wieder nicht und dann mal eine.“ (26)

Aktueller Rauchstopp: Im Vorfeld des Rauchstopps reduziert der Erzähler bereits über längere Zeit seinen Zigarettenkonsum auf die Hälfte der vorher gerauchten Zigaretten. Um mehr Kontrolle über den Prozess zu haben, dokumentiert er die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten. Auf diese Weise

kann er sich disziplinieren und so seine Neigung zu Extremen im Konsumverhalten kontrollieren. Es gibt allerdings auch in der Phase des Rauchstopps Situationen, die mit besonderen Anforderungen verbunden sind. Dies sind v.a. Konfliktsituationen, in denen die Struktur von Disziplin und Selbstkontrolle nicht mehr funktioniert. Der Erzähler legitimiert sein Verhalten, indem er es als Reaktion auf die Umwelt konstruiert; sich selbst konstruiert er als handlungsmächtig.

„(...) wenn man, wenn man gefrustet ist oder bißchen Streit hat, wo man dann: ‚Phhh, jetzt mach ich IRGENDwas, was ich-‘. Ich muss mich irgendwie wie das Ventil halt. Wenn man wenn man richtig Ärger hat oder (1) ja, wenn man sich-, ja: (1) wenn sich irgendeinen Ausgleich schaffen muss für irgendeine so ne innere Spannung, die die dann irgendwo hin will. Dann ist ne Zigarette natürlich immer gut. (2) (...) Das das DAS ist das Riskanteste für MICH jetzt. War es immer schon, dass ich dann einfach so durchbreche und sag: ‚Das ist MIR doch jetzt egal‘, weil dieses dieses sich selbst zu bremsen, kontrollieren ist natürlich anstrengend.“ (22)

Die einmal getroffene Entscheidung umzusetzen, ist für den Erzähler wichtig, da sein Selbstbild mit Glaubwürdigkeit und Disziplin verknüpft ist. Diese Erfolgsorientierung bildet eine zentrale Motivation für die Aufrechterhaltung der Abstinenz.

„In dem Moment als man die zwei drei Tage, als ich dann praktisch wieder die Erkältung weg war, da hab ich eigentlich nicht so wirklich Zweifel gehabt, glaub ich, dass das nicht geht. Weil mir- ich mag dieses Verlieren nicht und da würd ich dann für mich verlieren, weil ich würde was absolut nicht schaffen. Das ist nicht so meins, das mag ich nicht so sonderlich.“ (28)

Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen: Für den Erzähler ist die Entstehung der Abhängigkeit eng verknüpft mit mangelnder Kontrollfähigkeit. So ist er davon überzeugt, dass Konsumkompetenz grundsätzlich vorhanden ist und Abhängigkeit erst ab einer bestimmten Konsumintensität eintritt. Das Risiko des Kontrollverlustes hält er für persönlichkeitsbedingt.

„Und ich hab so das Gefühl gehabt, wenn man einmal wirklich so bei mehr als zwanzig Zigaretten regelmäßig am Tag ist, dann ist das das halt wirklich auch, dass die Sucht dann einfach durchkommt. Da kann man nicht mehr mal eben irgendwie auf ein bißchen was verzichten.“ (72)

„Aber weil ich eben weiß, dass ich auch über die Stränge schlagen kann und ab und zu mal einfach der Regung nachgebe, kann ich das ganz gut kontrollieren. Das ist beim Essen, ich esse relativ- ich kann sehr viel essen, kann auch wieder nix essen. Das ist so'n bißchen das Impulsive, das etwas Maßlose. Das hab ich so in den verschiedensten Varianten in mir und deshalb, weil ich das weiß, kann ich da aber auch ganz gut mit umgehen und dass ich sag: ‚Komm jetzt musste mal wieder aufpassen‘.“ (30)

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Der Ausstieg kann mithilfe von Disziplin gelingen, davon ist der Erzähler überzeugt. Aus anderen Zusammenhängen ist er sich sicher, dass er über die nötige Disziplin verfügt. Die größere Hürde bildet hingegen, die Entscheidung zum Rauchstopp zu treffen und diese dann auch umzusetzen.

„Also ich bin da eigentlich relativ ich kann da relativ selbstsi- also diszipliniert sein. Insofern hab ichs (2) nicht wirklich glaub ich bezweifelt, dass ich das kann. Eben der Kick einmal die Anfangsschwelle. Das war schon schwierig. Daran hab ich NICHT geglaubt.“ (28)

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Die Abhängigkeit empfindet der Erzähler als sich durch das Rauchverlangen aufbauende Spannung, die schlecht aushaltbar ist. Die selbst gewählte Abstinenz wird als Deprivation erlebt, die den inneren Druck erhöht.

„Sie müssen dann rauchen. Sie müssen einfach. Also das ist, das kommt nicht von zehn Minuten, aber das baut sich auf, dass Sie dann wirklich eben die Spannung, die innere Spannung zunimmt und Sie müssen das irgendwie abbauen. (...) Das ist wirklich, dass man sehr sehr unleidlich wird. Es ist im Prinzip jetzt das Kleine von wegen also ‚Ich DARF nicht rauchen. Wieso darf ICH eigentlich nicht rauchen. Das ist aber ungerecht. Die andern dürfen alle, ich darf nicht. Was hab ich denn falsch gemacht‘. Da ist das noch, dass da wird man gehindert an etwas und dann dann nimmt der innere Druck die innere Spannung dieses Ausbrechenwollen nimmt zu.“ (32)

Beziehung zur Zigarette: Da das Rauchen einer Zigarette zwar kurzfristige Erleichterung jedoch keine nachhaltige Veränderung im Sinne einer Problemlösung bringt, ist die Beziehung zur Zigarette von Desillusionierung und Ernüchterung geprägt. Diese Art der Rationalisierung kann auch als Bewältigungsstrategie verstanden werden.

„Letztlich es ist ja nicht, dass man irgendein Problem auf Dauer weg hat, sondern es ist immer nur so’n bißchen gelöst. Dann ist mal ruhig, aber es war halt nichts wirklich in der Hand. (...) Das sind dann fünf Minuten und nach den fünf Minuten ist ja nichts wirklich anders geworden. (...) Das Ende ist immer irgendwie unbefriedigend.“ (32)

Aufhörstrategien: Wichtig ist für den Erzähler das Moment der Selbstbestimmung, was sich darin äußert, dass er die Freiheit der Entscheidung für bzw. gegen das Rauchen behält. Seine Strategien und Erfahrungen aus der Reduktionsphase bilden eine Ressource für den vollständigen Rauchstopp, so dass es ihm gelingt, das Rauchverlangen zu kontrollieren und sich selbst zu disziplinieren.

„Die, ich sag mal, die Vorlaufzeit mit dem Reduzieren war ausreichend. Es waren schon mehrere Wochen (2) und dann ständig die Kontrolle. Also insofern war ich halt geübt, wie ich da schon mal geübt war, diesen Reflex zu beherrschen. Also ich hatte schon mal so auf acht, das hatte ich immer schon mal, wenn ich mal reduziert hatte, ich konnte eben ganz gut (1) das WUSSTE ich auch, das hatte ich noch im Kopf, dass das grundsätzlich geht, dass ich also sagen kann: ‚Nee, du rauchst jetzt mal zwei, drei Stunden nicht.‘ Und wenn dann der Reflex kommt sagen: ‚Nee, ja du würdest jetzt gern, aber du musst nicht. Du hast gerade erst. Guck doch mal. Nee, lass doch. Machste in ner Stunde.‘“ (18)

Der Rauchstopp selbst gelingt ihm dann besser als angenommen („Ich hab einfach nicht mehr geraucht (2) WAR wirklich nicht so schwierig“, 18).

Er nutzt den Nichtraucherkalender der BZgA⁶⁷ für die erste Zeit nach dem Rauchstopp und dokumentiert seine Erfolge bezogen auf seine sportliche Leistungsfähigkeit. Auf diese Weise stärkt er seine Selbstwirksamkeitsüberzeugung und seinen Entschluss sowie seine Motivation, abstinent zu bleiben.

⁶⁷ Der „Nichtraucherkalender“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] dient der Begleitung werdender Nichtraucher*innen während der ersten 100 Tage der Entwöhnungsphase. Er will u.a. mit praktischen Tipps zum Durchhalten motivieren.

„Das ist ja immer wenn man's dann mal HAT, dann GING das also relativ gut. Ich hatte immer EINE Zigarette hab ich jetzt noch da liegen. Die bleibt auch da liegen. Ne, also, dass ich immer sagen könnte: ‚Du könntest jetzt dahin gehen, eine rauchen, wenn du wolltest.‘“ (12)

Soziales Umfeld: Während er seine Konsumgewohnheiten in der Vergangenheit jeweils der Partnerin anpasst, stellt der Erzähler als positiv heraus, dass von der jetzigen Partnerin keinerlei Druck auf ihn ausgeht, das Rauchen aufzugeben, was er als sehr hilfreich empfindet.

„Sie hat mich immer ganz in Ruhe gelassen, hat nie gesagt: ‚Muss das denn sein‘ oder so was. Also ÜBERHAUPT nicht. Das war auch noch sehr hilfreich, dass ich nicht den GERINGSTEN Druck hatte da was zu ändern.“ (34)

In der Phase des Rauchstopps verhält sich die Partnerin sehr unterstützend und auch die Arbeitskolleg*innen ermutigen und unterstützen ihn in einer Weise, die für ihn eine Ressource darstellt.

S_m9_45: „Ich habe mich so ein bisschen todesmutig gefühlt.“

Zur Person: Der Interviewpartner ist männlich, 45 Jahre alt, Akademiker, vollzeiterwerbstätig im öffentlichen Dienst und hat zwei Kinder aus einer früheren Beziehung.

Rauchgeschichte: Mit 24 Jahren beginnt er zu rauchen und konsumiert bis zu seinem Rauchstopp vor zwei Jahren 10 bis 30 Zigaretten täglich. Laut Fagerström-Test war seine Abhängigkeit sehr hoch (8 Punkte). Nach vier erfolglosen Aufhörversuchen unternimmt er den letzten, bis heute erfolgreichen Rauchstopp vor ungefähr zwei Jahren.⁶⁸ Anders als die anderen Interviewpersonen kann er als Spät-einsteiger bezeichnet werden.

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Dem Tabakkonsum kommt hier eine andere Bedeutung zu als das pubertäre Bedürfnis nach Abgrenzung von den Eltern und Widerstand gegen Verbote. Vielmehr geht es um mit dem Tabakkonsum verbundene lebensstilbezogene Aspekte.

Aufhörmotivation: Die Tabakabhängigkeit empfindet der Erzähler als „*Unfähigkeit der freien Entscheidung*“ (15) und er beschreibt den Wunsch nach Kontrolle und Selbstbestimmung als zentrales Motiv für den erneuten Versuch, das Rauchen aufzugeben („*Mir hat nicht gefallen, wie süchtig ich bin nach Zigaretten.*“, 11).

Außerdem wirkt sich der Tabakkonsum negativ auf seine körperliche Leistungsfähigkeit aus und behindert ihn bei seinen leistungssportlichen Aktivitäten. Die Motivation für den Ausstieg beschreibt

⁶⁸ Eines der Einschlusskriterien für die Studie war zunächst, dass der Rauchstopp der Interviewperson innerhalb der vergangenen zwei Monate stattgefunden hat. Aufgrund methodischer Überlegungen wurde diese Person in das Sample aufgenommen, obwohl ihr Ausstieg aus dem Tabakkonsum bereits zwei Jahre zurück lag. Die Gründe hierfür werden in Kapitel 9.6 erläutert.

der Interviewte als eine Kombination von kognitiven, körperlichen und emotionalen Aspekten, die so „umwerfend“ waren, dass „ich daraus so einen Willen entwickelt habe, der mir das [den Ausstieg] möglich gemacht hat.“ (23). Insbesondere seinen Kindern gegenüber fühlt er sich verantwortlich und kann seinen Tabakkonsum nicht mit seiner Vorbildfunktion und seinen Ansprüchen an eine verantwortungsvolle Vaterschaft vereinbaren.

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Der Einstieg in den Tabakkonsum erfolgt relativ spät mit Anfang Zwanzig und ist eingebettet in soziale Situationen. Außerdem, so betont der Erzähler, ist ihm zu diesem Zeitpunkt nicht bewusst, wie hoch das Suchtpotenzial von Tabak ist; seine Konsumkompetenz schätzt er zu hoch ein.

„Am Anfang war es einfach nur mit anderen. Ich hab erst mit Anfang zwanzig irgendwann mal angefangen und da war das hab ich das völlig unterSCHÄTZT. Ich hab gar nicht gewusst, dass ich davon süchtig werde. Ich hab gedacht, das mach ich so.“ (29)

Frühere Aufhörversuche: Seine früheren Aufhörversuche sind gekennzeichnet von der Dissonanz zwischen seinem Selbstbild und den konkreten Erfahrungen. Die Fehleinschätzung der eigenen Handlungsmacht zieht sich durch seine konsumbezogene Biographie.

„[Ich] hab über einen langen Zeitraum immer wieder aufgehört, immer wieder angefangen und (1) hab aber dann an (1) war eigentlich IMMER an dem Punkt, dass ich dachte, dass ich es schaffen kann, es aber dann doch nicht geschafft habe.“ (9)

Letzter Rauchstopp: Das Scheitern vorangegangener Aufhörversuche empfindet der Interviewte als „Niederlage“ (25), so dass der letzte Ausstiegsversuch mit einem besonders hohen Erfolgsdruck verbunden ist.

„Ich würde mir das nicht verzeihen, wenn ich das jetzt WIEDER nicht schaffe.“ (23)

Gleichzeitig ist er unsicher, ob er dieses selbstgesteckte Ziel tatsächlich erreichen kann.

„Beim letzten Mal hab ich mich so ein bisschen todesmutig gefühlt – wenn man das so sagen kann. Also ich hab mir gedacht: du musst das jetzt schaffen und du hast jetzt ganz viele Gründe und ganz viele Zeiten hinter dir und du weißt genau, dass es nicht schön ist, mit dem Rauchen aufzuhören und das ist jedes Mal eine grausame Zeit, die dann dir bevorsteht. Aber was dann am Ende kommt ist doch eine Befreiung und wenn du das jetzt wieder machst und dann anstatt der Befreiung dann wieder der Rückfall kommt, dann ist das- würd- könn- könnt ich mich nicht mehr belügen und sagen: Das ist jetzt nicht so schlimm.“ (27)

Der Erzähler konstruiert sich hoch agentiv gegenüber „diesem starken Bedürfnis“ (93), das ihm nur die Wahl lässt zwischen Flucht und Angriff. Diese Perspektive führt dazu, dass er effektive, situationspezifische Strategien entwickelt.

„Ich wußte dann bei dem letzten Versuch, bei dem es offensichtlich geklappt hat ((lacht)), wußte ich, was mir bevorsteht und ich war aber bereit, das also Maßnahmen zu ergreifen und mir psychologische Krücken zu bauen, um das zu schaffen.“ (19)

Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen: Die Abhängigkeit wird als machtvoller Akteur konzeptualisiert, der nur durch große Anstrengung unter Kontrolle gehalten werden kann.

„Dieses psychische Suchtgefühl ist ja so stark, dass man, ich glaube, wenn man ganz allein auf sich zurückgeworfen ist und nichts unternimmt, dann wird man von dem irgendwann überrollt und die Gefahr ist jedenfalls sehr groß.“ (43)

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Um den Ausstieg bewältigen zu können, gilt es, die nötige Wehrhaftigkeit in Form von effektiven Strategien zu entwickeln.

„Bei in diesem in letz- bei diesem letzten Mal wusste ich aber schon, dass ich das nicht WILL und dass ich starken Widerstand entgegensetzen muss. Und dass ich deshalb das nicht so lassen kann jetzt. Also ich darf mich nicht wieder von diesem Gefühl bemächtigen lassen, übermächtigen lassen.“ (45)

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Seine eingeschränkte Autonomie und Selbstbestimmung führen dazu, dass dem Erzähler keine freie Entscheidung über das eigene Handeln mehr möglich ist, was er als negativ und schlecht vereinbar mit dem eigenen Selbstbild bewertet.

„Ja, das hat mich gestört, dass selbst dann wenn ich eigentlich nicht rauchen WOLLTE, dass ich nicht anders KONNTE. Also dass ich wirklich gemerkt habe, dass ich- dass ich das jetzt machen muss. (...) Dieses Zwanghafte, dieses diese Unfähigkeit der freien Entscheidung. Ja, also dass ich im Grunde genommen das nicht in der Hand habe, sondern dass ich es schlecht steuern kann.“ (13-15)

Beziehung zur Zigarette: Für den Erzähler ist Rauchen Ausdruck eines intellektuellen Lebensstils und positiv konnotiert. Mit dem zunehmenden negativen Erleben der Abhängigkeit jedoch ist das vorherrschende Deutungsmuster der Kampf gegen die Abhängigkeit als machtvolle Gegnerin. Den gelungenen Ausstieg beschreibt der Interviewte als „Befreiung“ (27) und als Sieg über die Abhängigkeit („Also ich habe gesiegt.“, 47).

Aufhörstrategien: Im Mittelpunkt steht, auf die aus früheren Aufhörversuchen bekannten, eintretenden Schwierigkeiten vorbereitet zu sein und geeignete Maßnahmen und Strategien zu entwickeln, um die Vulnerabilität insbesondere der ersten Zeit zu bewältigen. Besonders bedeutsam sind die Vermeidung und die aktive Gestaltung von rückfallkritischen Situationen:

„Ich habe versucht, was anderes zu machen. Ich hab versucht, die Situation nicht auszuhalten und sie durchleiden und zu sagen, ich bleib jetzt hier sitzen und warte bis irgendwas passiert, sondern ich hab irgendwas anderes gemacht. Bin rausgegangen oder bin Fahrrad gefahren oder auf jeden Fall hab ich irgendwas verändert in dem Moment und hab das nicht so sein lassen und darauf gewartet, dass es mir jetzt weiterhin nicht gut geht und ich unbedingt jetzt rauchen muss. (...) Dass ich darüber nachgedacht habe, dass ich mich ablenken muss. Dass ich dass ich es nicht zulassen darf, dass diese Situation übermächtig wird und dass ich auf keinen Fall in die Umgebung von Rauchern gehen darf.“ (43; 47)

Eine weitere Strategie ist, in Form eines Tagebuchs mehr Kontrolle über den Prozess zu erlangen.

„Ich hab- das war so eine Strategie von mir, dass ich immer im Kopf, dass es ja schief gehen könnte, dass ich jetzt hier eine Art von Protokoll brauch. (...) Das hab ich hab ich mir aufge-

schrieben, damit ich mich daran erinnere, weil ich weiß, dass bei den letzten Malen wo ich rückfällig geworden bin, hab ich das alles gelöscht (.) ((lacht)) ohne darüber nachzudenken.“ (47)

Für eine ganze Reihe von antizipierten Hindernissen in der volitionalen Phase entwickelt er spezifische Strategien und Handlungsalternativen.

Soziales Umfeld: Seinem sozialen Umfeld gegenüber verheimlicht er diesen erneuten Ausstiegsversuch. Auf diese Weise vermeidet er, im Falle des Scheiterns seine Niederlage eingestehen zu müssen und stigmatisiert zu werden. Vielmehr will er „verkünden“ (59), dass er Nichtraucher ist, wenn er sicher sein kann, es geschafft zu haben. Soziale Unterstützung sucht er nicht aktiv, da sie für ihn nicht von Bedeutung für den Ausstieg ist, wie das folgende Zitat zeigt:

„Ich bin mir GANZ sicher, dass es etwas ist, was jeder mit sich selbst klären muss. Man kann sich das vielleicht EINREDEN oder man kann darauf hoffen, dass man jemanden hat, der einen so dabei motiviert (...) aber letztlich muss man das mit sich selbst, glaub ich, also da bin sehr von überzeugt, man schafft es NUR, wenn man es selbst WILL.“ (55)

Zusammenfassung Typus 2: Kämpfer*innen

Hohe individualisierte Agentivität: Disziplin

Dieser Typus ist verbunden mit einer hohen individualisierten Agentivität, die sich aus der Fähigkeit der Selbstkontrolle und Selbstdisziplin speist. Der Einstieg in den Tabakkonsum im jugendlichen Alter sowie das Scheitern früherer Aufhörversuche werden als zielgerichtete Aktivität konstruiert. Das Scheitern des aktuellen Rauchstopps hingegen würde als Niederlage erlebt, was mit dem Selbstkonzept nur schwer vereinbar wäre. Der Ausstieg entspringt vor allem dem Wunsch nach verbesserter körperlicher und sportlicher Leistungsfähigkeit sowie nach mehr Kontrolle über das eigene Verhalten.

Konzeptualisierung der Abhängigkeit: Übermacht

Abhängigkeit ist verbunden mit dem Verlust von Selbstbestimmung und Kontrolle über das eigene Verhalten. Dieser Typus konstruiert nicht nur sich selbst, sondern auch die Abhängigkeit als handlungsmächtig. Die Abhängigkeit wird dadurch zu einer machtvollen Akteurin, der mit einem hohen Maß an effektiven Strategien begegnet werden muss. Die Beziehung zur Zigarette ist emotional.

Aufhör- und Copingstrategien: „Aufrüsten“ und ausgefeilte Strategien

Ob Zigaretten im Zugriff sind oder nicht ist eher sekundär für diesen Typus; vielmehr sind eine gute Vorbereitung und die Entwicklung effektiver Strategien wichtig, um das Abstinenzvorhaben erfolgreich umsetzen zu können. Rückfallkritische Situationen werden nicht nur vermieden, sondern es werden spezifische Aktivitäten entfaltet, die an die Stelle der bisherigen Konsumgewohnheiten treten. Hierzu gehören Sport und körperliche Aktivität, um Anspannung abzubauen und die Orientierung auf Gesundheit zu unterstützen sowie besondere Aufmerksamkeit in die Zubereitung von Mahlzeiten zu investieren und gezielt Kontakte zu Nichtraucher*innen zu knüpfen mit dem Ziel der ge-

meinsamen Freizeitgestaltung. Um die Abstinenzfähigkeit zu stärken, werden außerdem Vorgehensweisen im Umgang mit erwarteten Hindernissen entwickelt. Während in einem Fall der Ausstieg im sozialen Umfeld verheimlicht wird, wirkt im anderen Fall die Unterstützung von Personen des sozialen Umfelds ermutigend und hilfreich. Wichtige Schritte und positive Entwicklungen werden dokumentiert z.B. in einer Art Tagebuch. Die Strategien dieses Typus sind als eher offensiv einzuordnen.

8.4.3 TYPUS 3: INDIVIDUALIST*INNEN

Dreh- und Angelpunkt dieses Handlungsmusters ist die Betonung der Selbstbestimmung bezogen auf die Entscheidung zum Ausstieg und die Gestaltung des Aufhörprozesses. Dieser Typus entwickelt individuelle Strategien und beansprucht die Definitions- und Deutungsmacht über den Ausstieg. Externe Unterstützung wird nicht unbedingt benötigt oder sogar abgelehnt, da sie die Selbststeuerung eher beeinträchtigt. Die gewählten Strategien sind eher offensive.

Die diesem Typus zugeordneten Fälle sind weiblich und 31, 45 und 64 Jahre alt; zwei von ihnen sind selbstständig Aufhörende, eine nimmt an einem Entwöhnungskurs teil.

S_w6_45: „Ich bin so ne Trotzperson.“

Zur Person: Die Erzählerin ist weiblich, 45 Jahre alt, zusammenlebend, hat erwachsene Kinder und ist teilzeiterwerbstätig im Einzelhandel.

Rauchgeschichte: Im Alter von 15 Jahren beginnt sie mit dem Rauchen und konsumiert täglich ca. 15 Zigaretten. Ihre Abhängigkeit liegt laut Fagerström-Test im hohen Bereich (8 Punkte). Ein einziger, früherer Aufhörversuch umfasst eine Abstinenzzeit von zwölf Stunden. Die Erzählerin unternimmt den aktuellen Rauchausstieg selbstständig und ist zum Zeitpunkt des Interviews seit 6,5 Wochen rauchfrei.

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: In ihrem Alltag setzt die Erzählerin Zigaretten ein, um abzuschalten, sich zu entspannen und Pausen zu haben. Auf die Frage, welche Bedeutung das Rauchen hatte, antwortet die Erzählerin:

„ALLES. (2) Alles. (1) Für mich hatte das Rauchen Bedeutung. Entspannung. Tiefenentspannung.“ (13)

Aufhörmotivation: Mit dem Vorhaben, das Rauchen aufzugeben, beschäftigt sich die Erzählerin schon länger. Grund hierfür ist neben spürbaren gesundheitlichen Einschränkungen, dass sie das Gefühl der Fremdbestimmtheit durch die Abhängigkeit negativ empfindet und eine Änderung herbeiführen möchte.

„Mir ging das wirklich schon langsam tierisch auf den Geist immer wie ich schon sagte diese Abhängigkeit. Nur noch zwei Zigaretten schon Panik geschoben und was machste jetzt (...) So und das ging mir sehr aufn aufn Senkel und deswegen wollte ich ja auch aufhören, deswegen hab ich ja auch gesagt: ‚Nee, bis hierhin und nicht weiter, also dreißig Jahre, das reicht‘. Das ist wirklich ne lange Rauchkarriere und ich kann zurückblicken. Ich habe gerne und leidenschaftlich geraucht.“ (61)

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Der Einstieg in den Tabakkonsum ist eine Abfolge von Ereignissen. Zentraler Agens ist der damalige Freund, späterer Ex-Mann. Ihm spricht die Erzählerin nicht nur die Handlungsmacht, sondern auch die Verantwortung für ihren Einstieg zu. Das erste Probieren mündet in gemeinsames, regelmäßiges Rauchen. Der Erwerb eigener Zigaretten markiert den Wendepunkt zum habitualisierten Rauchen.

„Tja, das war eigentlich nur mein Ex-Mann schuld. Den hab ich mit dreizehn kennengelernt. (3) Ja, und irgendwann hatte der, weil sein Vater hat auch geraucht, irgendwann hatte der dann heimlich oben auf seinem Zimmer ne Zigarette an. (1) Ja und der sagte dann: ‚Hier, wollste mal ziehen?‘ Ja, und ich hab EIGENTLICH dran gezogen, weil der immer häufiger nach Pfeife gestunken hat und ich hab festgestellt, wenn ich dran zieh, dann riech ich das nicht mehr. (1) Dann hab ich auch dran gezogen ja und irgendwann haben wir dann immer-, hat der sich immer heimlich ne Zigarette geklaut (2) und mit fünfzehn war ich dann richtig, (1) dann hab ich mir auch schon ne Schachtel geholt. Ja, weil dann willste nicht immer bei ihm schnorren, dann holste ne Schachtel. Und wenn du die erste Schachtel geholt hast, ist Ende (2) ist vorbei (1) dann bist du eigentlich Raucher (1) klappt das nicht mehr.“ (105)

Retrospektiv bewertet die Erzählerin das Rauchen als Schwäche. Gleichsam als Gegenentwurf zur eingeschränkten Handlungsmacht bezogen auf die Abhängigkeit stellt die Erzählerin heraus, sich erfolgreich über elterliche Verbote hinweggesetzt zu haben.

„Rauchen ist eigentlich nur ne ne Schwäche. Ist ja keine hat ja nichts mit Stärke zu tun. WAS stark war, war das vor meinen Eltern zu verheimlichen ((lacht)) jahrelang. Ja, da hab ich mir die ersten Prügel eingehandelt, als das nachher rauskam.“ (105)

Die Schilderung endet mit der Betonung ihrer Agentivität. Mit diesem Absatz spannt die Erzählerin den Bogen zum Beginn der Erzählung.

„Ich bin echt n Trotz- also n Trotzkopf bin ich auf jeden Fall. (3) Muss ich das ist meine ganz, ganz große Schwäche. (5) So. (3)“ (105)

Frühere Aufhörversuche: Der einzige frühere Aufhörversuch umfasst eine Abstinenzzeit von ca. einem Tag. Sie stellt zunächst ihre hohe Belastbarkeit und Stressresistenz heraus. Dass ihr der Ausstieg nicht gelingt, erklärt sie damit, dass der Zeitpunkt wegen der hohen Arbeitsdichte und damit Stressbelastung ungünstig war und die gewählte Strategie gewählt nicht kompatibel mit ihrer Persönlichkeitsstruktur ist.

„Aufgehört zu rauchen hab ich (1) ein mal nur in meinem Leben und das war auch nur 24 Stunden oder 12. Ich weiß es nicht mehr. Ich hab auch zum ungünstigen Zeitpunkt. (...) Das war das EINZIGste Mal, dass ich versucht aufhö- aufzuhören zu rauchen und auch dann adhoc von

heute auf morgen. War natürlich zum Scheitern verurteilt, weil da hab ich mir nie so Gedanken drüber gemacht, dass ich halt letztendlich nicht der Typ bin von heute auf morgen.“ (102)

Aktueller Rauchstopp: Zu Beginn des Interviews betont die Erzählerin, den aktuellen Rauchstopp nicht aus freien Stücken unternommen zu haben und setzt dem ihre eigene Vorgehensweise der langsamen Reduktion entgegen. Den Entschluss, langfristig das Rauchen aufzugeben, hat sie zu diesem Zeitpunkt bereits sechs Monate zuvor in Form kontinuierlicher Reduktion ihres Konsums umgesetzt. Jeden Monat verringert sie ihren täglichen Tabakkonsum um eine Zigarette mit dem Ziel, im kommenden Jahr rauchfrei zu sein. Anlass hierfür ist, dass sie mit einem Nichtraucher zusammenlebt und dass ihr bewusst wird, wie sehr die Tabakabhängigkeit ihr Leben dominiert und evtl. auch verkürzt. Die Reduktion des Tabakkonsums hat „wunderbar geklappt“ (1) und vom Erfolg dieses Vorgehens zeigt sich die Erzählerin überzeugt („Langsam hätte ich es auch geschafft“, 1). Als Gegenentwurf zu dieser Aufhörstrategie beschreibt sie den sofortigen, kompletten Rauchstopp (Schlusspunkt-methode), der jedoch für sie nicht in Frage kommt und führt dazu aus, dass die Persönlichkeitsstruktur die Wahl der Ausstiegsstrategien bedingt:

„Ich bin vom Typ her mehr-, also ich muss mir das abgewöhnen. Ich muss mir Dinge wirklich langsam abgewöhnen und es hat wirklich super geklappt damit.“ (1)

Eindrücklich schildert die Erzählerin ihren Prozess der Distanzierung von ihrem Konsumverhalten und ihre Neuorientierung als Häutungsprozess. Das Bild des Abstreifens einer Hülle zeigt, dass die Erzählerin den Rauchstopp als Neuanfang und Erneuerung bewertet. Die Entscheidung und Umsetzung des Rauchstopps besetzt sie ausschließlich positiv und assoziiert diese mit mehr Freiheit. Von der „Hülle“, die für ihr Leben als Raucherin und ihre Tabakabhängigkeit steht, distanziert sich die Erzählerin so weit, dass deren Schicksal sie unberührt lässt. Deutlich wird, dass die sie den inneren Entwicklungsprozesses zur Nichtraucherin als tiefgreifenden Veränderungsprozess erlebt.

„Man hat ’nen Körper, den hat man dreißig Jahre mit sich rumgeschleppt. Ich hab den Reißverschluss aufgemacht und bin rausgegangen. Und da ist jetzt alles so wunderbar. Es duftet alles klasse, ist frische Luft ist da. Das ist das. Und die Hülle, die liegt da irgendwo noch, ist da am Verrecken irgendwo und am Luft schnappen oder weiß der Henker. Und das ist schön, die graue, fahle Hülle da irgendwo zu sehen und man selber sitzt hier und kriegt Luft.“ (61)

Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen: Abhängigkeit wird in diesem Konzept in erster Linie als erlerntes Verhalten verstanden. Eine tatsächliche Abhängigkeit, die nicht überwunden werden kann, wird nicht angenommen. Die Konsumgewohnheiten werden aber als stark eingeschrieben und verankert in Alltagsroutinen erlebt.

„Ich glaub gar nicht, dass der Mensch überhaupt von Nikotin abhängig werden kann. Glaub ich eigentlich gar nicht. Das ist ne Einbildungssache, das ist ne Kopfsache.“ (7)

In gleicher Weise werden auch subjektiv erlebte Entzugserscheinungen rationalisiert und als kognitive Konstruktion bewertet.

„Du HAST keinen Entzug. Der Körper- (1) guck mal, in zwanzig Minuten ist der Nikotin aus dem Körper raus. So jetzt sag mir mal wie da Entzug entstehen soll (2) gibts nicht beim Rauchen. Das ist alles eine Einbildungssache.“ (121)

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Als roter Faden zieht sich das Thema Selbstbestimmung durch das Interview. Diese ist Voraussetzung für die Entscheidung zum und für das Gelingen des Rauchstopps. Die Erzählerin berichtet, dass sich dieses Thema durch ihr ganzes Leben zieht und erklärt dies mit ihrer Persönlichkeitsstruktur:

„Ich bin so ne TROTZperson. (1) Ja, DAS ist der richtige Ausdruck. Alles das, was man mir sagt, was ich nicht darf, mach ich. (1) War schon früher so und meine Eltern können da ein Lied von singen. ((lacht)) Wenn ich irgendwas nicht durfte, hab ich es trotzdem gemacht. (1) Das IST so und wenn man mir halt sagt: ‚Du darfst NIE wieder Süßigkeiten‘ dann esse ich die Süßigkeiten (2) und ja, mit den Zigaretten genau das Gleiche, diese Trotzphase. Ich dachte, das wär was, wenn man Kind ist, aber das bleibt ((lacht)) das ist auch im Erwachsenenalter so.“ (23)

Voraussetzung hierfür ist, dass die Entscheidung zum Ausstieg intrinsisch motiviert ist und der Prozess der Verhaltensänderung selbstbestimmt gestaltet werden kann.

„So und wenn ICH mir aber selber sage: So, ich mach jetzt ne Entwöhnung (2). DANN klappt das. Aber nicht so von jetzt auf gleich. Nee, geht nicht. (...) Das muss von mir selber kommen (...) so bin ich halt.“ (23; 27)

In anderen Bereichen hat sie ähnliche Erfahrungen gemacht. Die Umstellung ihrer Ernährung und Eßgewohnheiten mit dem Ziel der Gewichtsreduktion waren auch nur durch die Entwicklung einer intrinsischen Motivation und eine allmähliche Verhaltensänderung erfolgreich.

Dem Gehirn als zentraler Instanz der Verhaltenssteuerung ordnet die Erzählerin die Verhaltensroutinen und -automatismen zu. Die empfundene Abhängigkeit und das Rauchverlangen werden als reflexartig konstruiert. Ihre hohe individualisierte Agentivität ermöglicht ihr, diese Automatismen zu unterbrechen und den Umlernprozess zu organisieren.

„Weil du hast dem Gehirn ja dreißig Jahre lang (2) Vorgaben gemacht und so´n Gehirn sag ich mal springt ja nicht von heute auf morgen um. Das gaukelt dir ja deine Rituale auch vor, so das das ist eben halt das Schwierige, dem Gehirn zu sagen: ‚Nö also, ich MUSS das jetzt nicht haben, hör auf mir das da vorzumachen‘ (...) Weil ich muss meinem Gehirn das beibringen, so leid mir das tut ((lacht)) ne. Das Gehirn hat MIR was beigebracht, aber ich muss jetzt dem Gehirn auch was beibringen.“ (119)

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Die Abhängigkeit wird v.a. als Unfreiheit, mangelnde Kontrolle über das eigene Verhalten und Zwanghaftigkeit erlebt („Als Raucher ist man gefangen und als Nicht-raucher ist man frei.“, 57).

Beziehung zur Zigarette: Die Beziehung zur Zigarette und die Auseinandersetzung mit der Sucht werden emotionalisiert beschrieben. Die Entwöhnung wird als intensiver Wandlungsprozess auf physischer und psychischer Ebene erlebt. In diesem Prozess ist die Zigarette Dialogpartnerin. Der Ausstieg

selbst wird als Befreiung, als Häutungsprozess konstruiert, in dessen Verlauf eine Distanzierung von alten Zwängen zugunsten einer positiven Veränderung erfolgt.

Aufhörstrategien: Die Erzählerin willigt zwar in den geforderten sofortigen Rauchstopp ein, verhandelt jedoch mit ihrem Partner, dass sie noch eine einzige Zigarette raucht und behält auf diese Weise einen Rest von Handlungsmacht. Für das Rauchen dieser letzten Zigarette schafft die Erzählerin gleichsam eine Bühne, die geeignet ist, den Abschied vom Rauchen aktiv zu gestalten und sich als handlungsmächtig zu inszenieren. Sie nutzt die Situation für die Reflektion ihres Rauchverhaltens und ihre kognitive Umstrukturierung. Die Erzählerin personalisiert die Zigarette als Gegenüber in einem inneren Dialog und deutet sie von einer gesundheitlichen Bedrohung zu einer handelnden Akteurin um, die sie in ihrem Entschluss bestärkt und unterstützt. So schreibt die Erzählerin ihr eine positive, aktive Rolle im Aufhörprozess zu. Auf dieses Handeln im Konsens folgt in der nachfolgenden Passage ein Wechsel der Handlungsmacht zur Zigarette.

„Ich wollte mich eigentlich auch so mehr oder weniger von dieser Zigarette auch verabschieden. Ganz blöd. Aber, ja innerlich dann auch sehr viele Fragen stellen und ich hab gehofft, dass ich dann da ne Antwort bekomme. Dass ich die Antwort SO schnell kriege, wo ich zwei Mal dran gezogen hab und mir dann so schlecht wurde. Also, da hab ich mir so gedacht: ‚Ja, mein Gott, das WOLLte die Zigarette so‘. (...) DIESE Zigarette hat jetzt gesagt: ‚Bis hierhin und nicht weiter. Ist gut, dass Du aufhörst.‘ (...) Eigentlich wollte ich mich LANGsam von ihr verabschieden. Nur, dass die das SO schnell gemacht hat ((lacht)).“ (45-47)

Die Erzählerin entscheidet sich, die letzte die Zigarette nicht zu Ende zu rauchen, was wiederum als Akt der Selbstbestimmung interpretiert werden kann, und bewahrt sie in einer Schachtel auf, die zunächst ständig in ihrem Zugriff ist. Diese „Schnüffelbox“, wie sie sie nennt, wird zum wichtigsten Instrument ihres Ausstiegs, das ihr bei der Bewältigung des Suchtdrucks hilft. In der Option, den „Stummel“ noch zu rauchen, manifestiert sich der Wunsch der Erzählerin nach Selbstbestimmung, die für sie von so hoher Bedeutung ist. Die Schachtel ist außerdem ein Symbol für ihr Leben als Raucherin, von dem sie sich heute distanziert und das sie hinter sich lassen möchte. Das folgende Zitat verdeutlicht die Orientierung der Erzählerin auf die Zukunft als Nichtraucherin, die sie positiv mit mehr Freiheit und Handlungsmöglichkeiten assoziiert:

„Da ist die ganze Vergangenheit drin. Und die STINKT ((lacht)) die Vergangenheit, die stinkt zum Himmel. Also und jetzt - hier außen rum das ist das die große Zukunft und da drin ist die kleine verrauchte Vergangenheit.“ (85)

Das Abhängigkeitsgeschehen ist aus Sicht der Erzählerin maßgeblich von Denk- und Bewertungsprozessen bestimmt. Entsprechend richten sich ihre Aufhörstrategien auf den kognitiven Umstrukturierungsprozess.

„Ich denke GANZ viel immer über Nichtraucher nach, muss ich ganz ehrlich sagen. Also dadurch versuch ich MEINEM Gehirn beizubringen: ‚Mensch, hör auf mir weiszumachen ich bin Raucher. NEIN, ich bin NICHTraucher. Mach Dir das da oben endlich mal klar und dann bring mir nicht

immer solche Botschaften wie: ‚Mach jetzt mal, mach Dir mal eine an‘. (...) NEIN. Das soll endlich da oben weggehen. So und das gaukel ich oder spiel ich meinem Gehirn wiederum immer wieder zu, dass da oben endlich Ruhe ist. So, weil ich muss meinem Gehirn das beibringen.“ (121)

Dabei hilft der Erzählerin, sich zu vergegenwärtigen, dass es situationsspezifische Handlungsalternativen zum Rauchen gibt. Nichtraucher*innen dienen ihr für den Ausstieg aus der Routine und den Automatismen des Rauchens auch in konkreten Situationen als Orientierung und Vorbilder.

Soziales Umfeld: Die zentrale Figur im sozialen Umfeld ist ihr Partner, der nicht raucht, ihren Ausstieg sehr begrüßt, sie unterstützt und ermutigt. Mit ihm verhandelt sie, noch eine letzte Zigarette rauchen zu dürfen. Sie erwartet und erhält von ihrem Partner die gewünschte Unterstützung in Form von Ermutigung. Gleichzeitig ist sie der Überzeugung, dass die Hauptaktivität von ihr selbst geleistet werden muss und Unterstützung aus dem sozialen Umfeld nur additiv sein kann („*Da kann mir keiner bei helfen. Geht nicht. Nur immer ermuntern.*“, 71)

K_w3_64: „Du darfst ja. Aber Du willst es ja gar nicht. Ja, und dann war es gut.“

Zur Person: Die Erzählerin ist weiblich, 64 Jahre alt, teilzeiterwerbstätig als kaufmännische Angestellte, verheiratet, hat erwachsene Kinder und zwei Enkelkinder.

Rauchgeschichte: Im Alter von 14 Jahren beginnt sie mit dem Rauchen und konsumiert täglich 21-30 Zigaretten. Laut Fagerström-Test liegt ihre Abhängigkeit im hohen Bereich (7 Punkte). Der Rauchausstieg, den sie im Rahmen eines Entwöhnungskurses gemeinsam mit einer Bekannten unternimmt, liegt zum Zeitpunkt des Interviews zwei Wochen zurück. Frühere ernsthafte Aufhörversuche gibt es nicht, da ihr in der Vergangenheit die Überzeugung fehlte, den Ausstieg schaffen zu können („*Dann SAGST du dir einfach: ‚Das schaffst du SOWIESO nicht‘.*“, 70).

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Der Tabakkonsum ist über viele Jahre habitualisiert und wird nicht in Frage gestellt.

„Das gehörte einfach dazu, weiß ich auch nicht. Rauchen war- wenn du so lange Raucher bist, bist du Raucher und WARUM weiß- weiß man ja SELber nicht. (...) Das WAR halt so, man war halt Raucher.“ (80)

Rauchen ist fester Bestandteil täglicher Routinen und dient der Tagesstruktur.

„Ich hab eigentlich so die Angewohnheit gehabt, immer so, wenn ich nach Hause kam, ausziehen und dann noch eine rauchen in der Küche und dann- ich muss immer so RUNterfallen.“ (25)

Aufhörmotivation: Der Wunsch mit dem Rauchen aufzuhören, ist schon lange jedoch eher diffus vorhanden. Die Angst vor dem Scheitern verhindert, dass sie den Ausstieg in der Vergangenheit versucht (s.u.). Die immer stärker werdenden gesundheitlichen Probleme führen jedoch zu einem so großen

Leidensdruck, dass sie sich der Initiative einer Bekannten, die sich zum Entwöhnungskurs anmeldet, anschließt.

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Den Einstieg in den Tabakkonsum im jugendlichen Alter schildert die Erzählerin als kollektives Geschehen; sie verdeutlicht die Normativität des Rauchens und betont den Generationeneffekt. Um die aversiven Reaktionen zu überwinden, muss Rauchen erlernt und eingeübt werden. Das heimliche Rauchen wird dem Prozess des Erwachsenwerdens und der Auflehnung gegen gesellschaftliche Verbote zugeordnet. Die Habitualisierung des Rauchens konstruiert sie als aktive Handlung.

„Ja, angefangen haben wir, das weiss ich wohl noch, weil sie ALLE geraucht habe, ne. Heute ist das ja ANDERSrum. (...) Die rauchen ALLE nicht. (...) Bei UNS gehörte dieses Rauchen halt dazu, ne. Wenn dir auch SCHLECHT geworden ist und schwindelig geworden ist. Wir haben- ich musste ja immer mit dem Zug zurück in die Lehre fahren, ne. Dann haben wir alle im im Raucherabteil gesessen- also- in- in- weil früher waren ja so Abteile immer in den Zügen- ja- und dann haben wir gesessen und dann KONNTEST du gar nicht rauchen. Ich hab dann zu Hause aufm Klo geübt, dass ich rauchen konnte, weil ich SO gehustet hab, ((lachend)) dass ich gar nicht mehr aus der WÄSCHE gucken konnte, ne. Und zu Hause, wir selber durften ja nicht und in der Lehre durften wir AUCH nicht rauchen und dann war da dieses alles, dann bist du IN der Lehre aufm Klo haste dann eine geraucht und gesagt: ‚SO. Ihr KÖNNT mir das noch LANGE nicht verbieten‘- so unter dem Motto, ne. Ja, und dann bin ich eigentlich immer dabei geblieben.“ (80)

Frühere Aufhörversuche: Es gibt in der Vergangenheit keine Aufhörversuche, da die Erzählerin fürchtet, den Ausstieg nicht zu schaffen und angesichts des erwarteten Mißerfolgs unter Legitimationsdruck zu geraten.

„Was soll ich mich dem DRUCK unterziehen und- und- und versuchen aufzuhören, wenn ich dann der Meinung bin ich schaff das sowieSO nicht, also brauch ich mich vor den anderen GAR nicht erst immer zu RECHTFertigen.“ (70)

Aktueller Rauchstopp: Sowohl bei der Schilderung des Rauchbeginns als 14-Jährige als auch des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum herrschen die Motive der Selbstbestimmung und der Autonomie vor. Diese bilden den Schlüssel für ihren erfolgreichen Ausstieg. Die Erzählerin betont, dass Selbstbestimmung nicht nur Bedeutung für den Einstieg in den Tabakkonsum als Jugendliche hatte, sondern auch Dreh- und Angelpunkt der Entscheidung für oder gegen den Tabakkonsum ist, wie folgendes Zitat zeigt:

„Da können hundert Mann vor dir stehen und was predigen. Ich glaub‘, desto mehr verbockt man auch noch, dass man sagt ‚Ich bin selbst alt genug.‘ IST ja auch so.“ (66)

Statt nach dem Rauchstopp eine Verbotsinstanz zu installieren, gewinnt die Erzählerin die Kontrolle über die Situation (zurück) und löst die Konfliktsituation, indem sie sich selbst die Entscheidungs- und damit Handlungsmacht zuschreibt. Für die Erzählerin markiert diese Erkenntnis einen Wendepunkt in ihrem Ausstiegsprozess:

„Da hatte ich zum Beispiel nach dem Raucherstopp, das war ja dienstags abends, mittwochs morgens war ja der erste Tag praktisch. Da hatte ich AUCH Probleme. Da hab ich immer-, b:oh, bin ich hier rumgelaufen. (...) B:oh, jetzt DARFST Du nicht mehr' B:OH', Betten gemacht und dann IMMER dieses im Kopf: ‚Du DARFST jetzt nicht mehr, Du DARFST jetzt nicht mehr, Du DARFST jetzt nicht mehr'. B:oh, hab ich gedacht, ich werd VERRÜCKT. (...) Und ich hatte aber plötzlich hatte ich so im Kopf: ‚Du bist ja blöd. Das ist ja total DOOF was du machst. Du DARFST ja. Du DARFST Dir ja ALLE Zigaretten auf einmal in den Mund stecken. Du WILLST ja eigentlich nicht mehr'. So, und dann war es gut. So dieses- ne - und vorher dieses ‚Du DARFST nicht'. B:oh, ich hätte hier-, ich bin hier rumgelaufen ((lacht)) total- aber wirklich- ‚Du- Du HAST sie ja nicht alle, Du darfst, Du darfst ZEHN Stück auf EINMAL rauchen, wenn Du das- ne, wenn Du das willst. Aber Du WILLST das ja gar nicht mehr'. Ja, und dann war gut. Wie der- der [Name des Kursleiters] rief dann an um kurz nach elf. Ich sag: ‚Ich hab es jetzt geschafft' ((lacht)) <<??>> ‚Ja' (.) sagt der- ‚das IST es auch' so dieses, ne- kann mir ja keiner verbieten. Ist ja BLÖD, was SOLL das, ne, ja und DANN war es gut, und das war dann- DANN war es vorbei. (...) ‚Du WILLST ja gar nicht. Du kannst ja- Du kannst ZEHN Stück- kannst den Tabak auch SO essen. (2) Kann Dir ja keiner verbieten, ne, aber Du WILLST das ja gar nicht'. ‚Ach SO, ja, ich WOLLTE das ja gar nicht mehr'. Ja, und dann war es GUT ((lacht)) aber da musst Du erstmal hinkommen.“ (130-132)

Während der Ausstiegsphase kommt es zu Rückfällen, die die Erzählerin jedoch nicht als problematisch bewertet. Auch hier scheint das Motiv der Selbstbestimmung durch. Der Konsum der Zigaretten, die sie im Rahmen einer Feier raucht, ist weniger von Suchtdruck getrieben, sondern basiert auf einer bereits im Vorfeld der Feier getroffenen Entscheidung, im Laufe des Abends zu rauchen. Dies geschieht im Einklang mit ihrer Abstinenzabsicht und gefährdet ihren Ausstieg nicht (ich-syntone Rückfälle).

„Und jetzt waren wir am Samstag aus und da hab ich auch geraucht. (...) Die hab ich auch bewusst geraucht. (...) So, dann war viertel nach eins durch und da hab ich gesagt. ‚SO. JETZT rauch ich eine. So GANZ- wirklich überlegt und dann hab ich eine geraucht und um drei hab ich noch mal eine geraucht und dann bin ich nach Hause. Ich war erst um sechs Uhr morgens zu Hause und dann hab ich mir auch eine angemacht. Dann- ‚Was MACHste eigentlich? Was SOLL das? So'n Quatsch'. Schmeckte auch nicht, muss ich sagen. Dann hab ich DIE aber ausgemacht und weggeschmissen. Ja, und dann war gut. (...) Das hatte ich mir irgendwie so vorgenommen. Wenn ich das bis dahin dann schaff ganz ohne (...) irgendwann rauch ich dann heute Nacht eine. Sind natürlich zwei geworden. Aber das war eigentlich so ganz bewusst. (...) Das hab ich für mich so ganz bewusst entschieden und dann ist Feierabend wieder.“ (25-29)

Ihre Handlungsmacht wird dadurch gestärkt, dass es ihr gelingt, trotz der Widrigkeiten (Alkoholkonsum, Feier, alle anderen rauchen) abstinent zu bleiben. In diesem Kontext hat Rauchen eher etwas mit Genuss zu tun. Das Rauchen der letzten Zigarette vor dem Schlafengehen beschreibt sie an anderer Stelle als eines ihrer Rauchrituale. Sie folgt zunächst dieser Gewohnheit, distanziert sich dann aber davon und reflektiert ihr Handeln. Das Ausmachen der letzten Zigarette am frühen Morgen unterstreicht ihre Agentivität.

Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen: Der Tabakkonsum ist für die Erzählerin stark habitualisiert und nach jahrzehntelangem Konsum Teil ihrer Identität geworden. Wie auch die Erzählungen zum Einstieg zeigen, gehört Rauchen zur Normalität des eigenen Lebens und wird nicht mehr reflektiert.

Ausstiegsbezogene Einstellungen und Überzeugungen: Argumente für das Nichtrauchen und mit dem Rauchen assoziierte gesundheitliche Beeinträchtigungen bildeten in der Vergangenheit keine ausreichende Motivation für den Ausstieg. Aus Sicht der Erzählerin braucht es einen spezifischen, individuellen Impuls, der die Verhaltensänderung initiiert.

„Das muss irgendwie weil sie immer ja sagen, jeder sagt dir ja: es muss KLICK machen. Aber WAS da jetzt Klick machen muss, das kann ja auch keiner beschreiben. Das- dann sag mir mal wo es klicken SOLL, was klicken MUSS. (2) Ich denk mal, das ist vielleicht auch bei JEDEM wieder ANDERS- w-was für ein Argument das ist oder- WAS da klick macht- ist ja nun auch EGAL.“ (122)

Die Entscheidung zum Rauchstopp versprachlicht die Erzählerin als Ergebnis eines psychischen Prozesses („weil man im Kopf so weit war“, 11); es bleibt aber undeutlich, welche Faktoren in welcher Weise wirksam waren. Als wichtige Voraussetzung formuliert sie jedoch, dass die Entscheidung autonom getroffen wird und der Ausstieg intrinsisch motiviert ist: „Das muss von einem selber kommen.“ (122).

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Abhängigkeit wird wenig kritisch reflektiert und problematisiert, möglicherweise weil der Tabakkonsum so stark habitualisiert ist. Deutlich wird dies in Passagen, in denen die Erzählerin von negativen Auswirkungen des Tabakkonsums berichtet. So leidet sie unter gesundheitlichen Einschränkungen wie Raucherhusten und Luftnot, die ihr in ihrem weiteren sozialen Umfeld unangenehm sind.

„Ich hab jetzt immer dieses dieses Hüsteln und wenn ich dann gearbeitet hab und- (...) und ich bin dann immer rumgelaufen ((hüstelt)) und desto MEHR du daran denkst, desto schlimmer war das. Da hab ich dann gedacht: ‚Mein Gott, was DENKT der sich‘ und die sind alle Nichtraucher da. Da hab ich gedacht, das ist ja SO peinlich, ne. (...) Oder mit dem- mit der Luft. Ich muss EINE Treppe hoch oben ins Büro. Dann hab ich schon immer geguckt, dass keiner hinter mir war, weil ich SO schlecht Luft gekriegt hab.“ (41)

Die veränderte Gesetzgebung führt dazu, dass sie sich als Raucherin stigmatisiert und ausgegrenzt fühlt.

„Heute steh ich ja wie so’n armer Sünder auf der Strasse und- da bin ich zum Schluß auch nicht mehr rausgegangen. Das war mir zu kalt und zu doof. Da hab ich gedacht: ‚Also nee, das KANN es ja nicht sein.‘ (2) Aber das ist ja, da stehst wie so’n- wie so’n Verbrecher vor der Türe ((lacht)) und das SCHMECKT auch gar nicht hab ich dann festgestellt. Schmeckt wirklich nicht.“ (49)

Beziehung zur Zigarette: Der Tabakkonsum erfolgt weitgehend ritualisiert und automatisiert; die Zigarette hat vor allem strukturierende Funktion.

„Wenn du mit der Hausarbeit fertig bist- so früher haste dich dann hingesezt und eine Tasse Kaffee- ne, Zigarettchen.“ (76)

Die Zigarette ist zwar assoziiert mit Situationen der Entspannung, aber insgesamt wenig emotional aufgeladen; die Beziehung zur Zigarette ist eher als funktional bzw. neutral einzuordnen.

Aufhörstrategien: Bereits vier Wochen vor Kursbeginn reduziert die Erzählerin ihren Tabakkonsum um die Hälfte und schränkt ihren Konsum mit Kursbeginn ein weiteres Mal ein, um sich auf den kompletten Rauchstopp vorzubereiten. Das Regelwerk des Kurses kann sie gut für sich nutzen und den gemeinsamen Rauchstopp umsetzen. Von besonderer Bedeutung ist für die Erzählerin die zeitliche Perspektive in zweifacher Weise. Zum einen beschreibt sie den Weg zum Tabakausstieg als Prozess, der aus verschiedenen Schritten besteht, und den Entschluss zum Ausstieg als „so weit sein“ (11). Zum anderen spielt die Bekannte, mit der sie sich gemeinsam zum Kurs angemeldet hat, eine zentrale Rolle, mit der sie aufgrund des gleichen Lebensalters einen gemeinsamen Erfahrungshintergrund und eine davon geprägte konsumbezogene Biografie teilt. Gemeinsam ist ihnen außerdem, dass der Ausstieg viel leichter fällt, als ursprünglich gedacht („Wir sind beide DERmassen verdattert, dass wir aufgehö- also dass das nichts ausgemacht hat.“, 11).

Die gemeinsame Anmeldung zum Kurs setzt sich fort im kontinuierlichen Austausch über den Verlauf des Rauchstopps sowie Unterstützung in rückfallkritischen Situationen wie gemeinsamen Feiern („Wir sind dann zu zweit und können uns dann gegenseitig auf uns aufpassen, dass da nichts schiefgeht.“, 45).

Die Erzählerin scheut sich zu diesem Zeitpunkt davor, sich darauf festzulegen, dass der Ausstieg endgültig ist. Stattdessen setzt sie sich ein Teilziel von drei Monaten; sie hofft, in dieser Zeit ihre Abstinenzfähigkeit erhöhen und ihren Ausstiegswunsch festigen zu können.

„Jetzt haben wir uns dann gesagt, dass wir uns nach drei Monaten treffen und dann hab ICH mir jetzt erstmal ein Ziel gesetzt. Ich hab NICHT gesagt und ich WERde auch nicht sagen ich rauch nie mehr, weil ich einfach denke, dann setzt man sich so unter Druck. Selber. Wenn ich jetzt sag: ‚Ich rauch NIE mehr. Ich pack NIE mehr eine Zigarette an.‘ find ich, dass dass man sich selbst ZU sehr stresst und ich hab jetzt gedacht die drei Monate, da hab ich mir jetzt erstmal so- das ist- ich glaub, wenn ich bis dahin DURCHgekommen bin und das geSCHAFFT hab bis dahin, dann bin erst schon mal heilFROH. Und DANN kann man ja- ich denk mal, wenn man die drei Monate geSCHAFFT hat, dann ist das ja andere ja auch kein- (...) dann ist man wahrscheinlich so gefestigt, dass man einfach sagt: ‚Ich WILL die gar nicht mehr die Dinger.‘“ (126-130)

Soziales Umfeld: Mit ihrem Ehemann, der starker Raucher ist, vereinbart sie, dass die gemeinsamen Räume rauchfrei sind. Darüber hinaus berichtet sie von keiner konkreten Unterstützung. Sie hofft, dass ihr Ausstieg ihn motiviert, ebenfalls das Rauchen aufzugeben, da sie große Sorge um seine Gesundheit hat. Den Rauchstopp vollzieht sie gemeinsam mit einer Bekannten, die im gleichen Lebensalter ist. Sie einen nicht nur die gesundheitlichen Probleme, sondern auch die generationenspezifische Konsumbiografie. Von dieser Dyade, die sie mit der Bekannten bilden kann, geht für die Erzählerin die bedeutsamste Unterstützung aus. Der Freundeskreis, der stark raucherdominiert ist, ist eher mit rückfallkritischen Situationen verbunden. Ihre Tochter und Enkelkinder hingegen drängen sie, das Rauchen aufzugeben, und hoffen, dass ihr der Ausstieg gelingt.

Bedeutung des Kurses: Da sie den Ausstieg aus eigener Kraft nicht gewagt hätte, bietet der Kurs der Erzählerin den Rahmen für ihren Ausstieg und ein Regelwerk wie z.B. den terminierten Rauchstopp, das sie gut für sich nutzen kann. Den Austausch in der Gruppe beschreibt die Erzählerin zwar als hilfreich, gleichzeitig findet eine deutliche Abgrenzung gegen die meist jüngeren Kursteilnehmer*innen statt, die den Rauchstopp anders erleben und bewältigen.

„Die waren ja alle jünger und da haben wesentlich mehr zu kämpfen. Die haben wirklich ((lachend)) richtigen Stress damit zum Teil, ne und wir gar nicht. GAR nichts.“ (11)

Während also die übrigen, jüngeren Kursteilnehmer*innen von großen Schwierigkeiten mit dem Rauchstopp berichteten, setzen sie und ihre Bekannte sich angesichts der geringen Probleme deutlich ab:

„Wir beiden Alten – wir ((lachend)) waren dann-, die haben uns immer angeguckt, als ob wir am Spinnen sind, weil sie das gar nicht nachvollziehen konnten.“ (82)

S_w13_31: „Ich rauche so viel ich will.“

Zur Person: Die Interviewperson ist weiblich, 31 Jahre alt und als Akademikerin vollzeitbeschäftigt im öffentlichen Dienst.

Rauchgeschichte: Im Alter von 14 Jahren beginnt sie mit dem Rauchen und konsumiert täglich etwa 15 Zigaretten. Ihre Abhängigkeit ist laut Fagerström-Test sehr niedrig (2 P.). Bei zwei Aufhörversuchen gelingt der Erzählerin eine Abstinenzzeit von 6 Monaten bzw. 4 Wochen. Den aktuellen, etwas mehr als zwei Monate zurückliegenden Ausstieg unternimmt sie selbstständig.

Das Interview fand am Arbeitsplatz statt und dauerte 78 Minuten.

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Die Erzählerin differenziert zwischen gewohnheitsmäßigem Rauchen, das als Bestandteil von Ritualen automatisiert ist und situationsspezifischem Konsum, der eine bestimmte Funktion erfüllen soll wie z.B. Entspannung. Als positiv bewertet sie die Zugehörigkeit zur Gruppe der Raucher*innen und die Möglichkeit des unkomplizierten Kontakts zu anderen Menschen.

„Das habe ich am Rauchen wirklich auch sehr gemocht. Es hat ja auch so einen sozialen Faktor, es hat schon einen ganz starken sozialen Faktor, find ich. Das hab ich auf Reisen gemerkt, wenn ich alleine verreist bin, dass als erstes die Raucher die Raucher kennenlernen, weil die stehen zusammen draußen und gegebenenfalls meckern die noch darüber, dass es grade regnet, dann ist man sowieso schon mal grade im Gespräch. Und das ist immer so eine kleine Gruppe, die die von der von der Gruppe getrennt ist und die schon mal eine Sache teilt und das ist das Rauchen und und dadurch kommt man schnell ins Gespräch. Und das hab ich ehrlich gesagt ganz gerne gemocht. Ich mochte diesen diesen kleinen abgeschotteten Kreis.“ (67)

Aufhörmotivation: Der Rauchstopp erfolgt weitgehend ungeplant. Angesichts einer Erkrankung, die sie zur Abstinenz zwingt, entscheidet sie sich, den Rauchstopp zu versuchen, lässt aber bewußt offen mit welchem Ergebnis.

„Hab ich mir überlegt, dass es dass es dumm ist, sich dazu [zum Rauchen] zu zwingen, obwohl man krank ist, weiter zu rauchen. Und hab relativ spontan gesagt, dann probier ich die jetzt mal ganz zu lassen und schau wie weit ich damit komme.“ (47)

In ihrer Selbstdeutung ist ihr Tabakkonsum weniger von Sucht als von Genuss getrieben. Ein Schlüsselerlebnis, das dazu führt, den Rauchstopp zu versuchen, ist die Erkenntnis, dass ihre Tabakabhängigkeit stärker ausgeprägt ist als sie wahrhaben wollte, da sie sich bis dahin nicht als abhängige Raucherin wahrgenommen hat. Sie verbindet abhängiges Rauchen mit höherem Lebensalter, gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakkonsums und fortgesetztem Konsum. Hiervon grenzt sie sich ab und definiert sich als freiwillige Raucherin, bei der der Genuß im Vordergrund steht und die jederzeit aufhören könnte. Die Erkenntnis, dass sie ihr Selbstbild der nicht abhängigen Genußraucherin korrigieren muss, als ihr bewußt wird, dass sie sich ebenfalls zu den abhängigen Raucher*innen zählen muss, markiert einen Wendepunkt.

„[Es] kam jetzt der Moment, wo ich ja einsehen musste, ich hab mehr Zeit in meinem Leben geraucht als dass ich NICHT geraucht hab. (...) So und die diese Wende (1) so dieses ich bin jetzt länger Raucher als dass ich nicht geraucht hab, die hat mit mir glaub ich auch ein bisschen was gemacht. So ich hab jetzt schon das Bedürfnis dieses Blatt wieder umzukehren. So weil irgendwie da wird's (1) da fand ich's ein bisschen erschreckend. (...) Die Leute, die wirklich NUR Raucher sind ausschließlich und die für mich auch die typischen Raucher verkörpern, das sind für mich so Fünfzigjährige mit einer Raucherlunge, die auch morgens schon so einen Keuchhusten haben. Und ich war für mich eine Person: ich rauch ja gar nicht so viel so und ich rauche auch nur, weil ich das schön finde, und wenn ich nicht mehr rauchen wollen würde, könnt ich das lassen und ich hab das Gefühl das hat dem Bild so eine Erschütterung gegeben. Man war da DOCH tief drinnen so.“ (49-51)

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Bei der Schilderung des Einstiegs nimmt die Erzählerin eine reflektierende Perspektive aus heutiger Sicht ein und kontrastiert ihr heutiges Wissen mit dem als 14-Jährige. Sie distanziert sich auf diese Weise vom damaligen Geschehen, verdeutlicht, dass sie die relevanten Wirkfaktoren retrospektiv durchschaut und dokumentiert damit ihre kognitive Weiterentwicklung. Gleichzeitig unterstreicht sie die Vulnerabilität in diesem Lebensalter, die mit dem Bedürfnis nach Anerkennung und Erwachsensein verknüpft ist. Aus ihrer Sicht ist dies gleichbedeutend mit eingeschränkter Verantwortlichkeit. Gleichsam als Gegenentwurf äußert sie Unverständnis für diejenigen, die noch nach der Pubertät mit dem Rauchen beginnen. Als weitere Dimensionen der jugendlichen Unbedarftheit benennt sie ihre damaligen Fehleinschätzungen hinsichtlich des mit dem Tabakkonsum verbundenen Abhängigkeitspotenzials und der eigenen Fähigkeit wieder aufhören zu können.

Rauchen erlebt sie zum damaligen Zeitpunkt als Fertigkeit und Kompetenz, die es zu erwerben gilt. Das Unvermögen „auf Lunge“ zu rauchen können, ist nicht kompatibel mit der Stärke, die mit dem Rauchen dokumentiert werden soll. Nur in der geschützten Dyade mit der Freundin ist es ihr möglich, diese Schwäche zu zeigen und zu üben, den körperlichen Widerwillen zu überwinden. Ihre eigene Handlungsmacht, die sie damit dokumentiert, wird verstärkt durch die aversiven körperlichen Reaktionen auf das Rauchen.

„Also ich ich war da so 14, glaub ich, bei meiner ersten Zigarette und ich fand das total cool (1) ich fands total cool, wenn Leute auf Lunge rauchen konnten. Das das war für mich eine angeeignete Kompetenz schon beinahe, weil das ja SCHWIERIG war. Das war ja ganz schwer das zu erlernen. (...) und das war mir total peinlich, dass ich das nicht auf Lunge konnte, weil ich dabei husten musste und und nichts war schlimmer als rauchen und danach zu husten, weil das war ja erst recht so ein schon fast demütigend. Also haben wir geübt. Wir wir haben wirklich geübt, eine Freundin und ich, wir haben Zigaretten gekauft und auf der Terrasse meiner Eltern geübt. Und das war schrecklich (1) es hat ganz schlimm geschmeckt und man hatte Kopfschmerzen und mir wurde schwindelig und ich und ich hab mich gefragt: ‚Wie können die das? Wie können die das einatmen und nicht husten? Und denen passiert nix?‘ und ich dachte, das ist eine totale Kunst. (...) Also der Körper wehrt sich ja wie der sich ja mehr gar nicht wehren KÖNNTE in der Situation. (...) Mit dem Wissen von heute würd’s vielleicht anders laufen, aber das hat man da einfach noch nicht (1) so und man ist sich ja auch gar nicht bewusst da drüber, dass es so was wie Sucht auch wirklich gibt. Dadurch dass die Zigarette einem ja auch zeigt: ‚Ich schmecke eigentlich überhaupt nicht‘, glaube ich, löst das auch so ein Gefühl aus von kann man’s auch schnell wieder lassen. Da ist ja auch nix dabei. So und das kann man sich ja lange gut reden. (...) Was diese Zigarette plötzlich mit mit jemandem gemacht hat wie ich: einmal dieses erwachsener und wirklich dieses diese Ansehenssteigerung. In dem Alter ist man da ja offen für. (...) In meinen Fall kann ich mich getrost in Schutz nehmen.“ (217)

Frühere Aufhörversuche: Einen Aufhörversuch unternimmt sie aus Gründen der Anpassung an kulturelle Normen und Rahmenbedingungen eines längeren Auslandsaufenthaltes ohne eine intrinsische Motivation. Nach ihrer Rückkehr nimmt sie ihr Konsumverhalten trotz 6-monatiger Abstinenz wieder auf. Der gelungene Ausstieg für diese Zeitspanne wird weniger thematisiert als die Unfreiwilligkeit der Abstinenz und die unverändert positive Einstellung zum Rauchen, die zum Wiedereinstieg in den Tabakkonsum führt.

Aktueller Rauchstopp: Dreh- und Angelpunkt ihres Ausstiegs sind terminierte Rückfälle (ich-syntone Rückfälle). Als Termine, an denen sie sich erlaubt, zu rauchen, wählt sie Ereignisse, die rückfallkritisch sein könnten wie z.B. ihr eigener Geburtstag. Mit Disziplin gelingt es ihr, akuten Suchtdruck aufzuschieben. Ein zweiter wichtiger Erfolgsfaktor ist, dass sie selbst die Deutungs- und Definitionsmacht behält. Trotz der (geplanten) Rückfälle bezeichnet sie sich als „Aufhörende“ und „Nichtraucherin“. Diese Strategie setzt sie auch in ihrem sozialen Umfeld durch und verwehrt sich von vornherein gegen Kritik von anderen.

„Es ist nicht ganz unproblematisch natürlich immer gelaufen. Also mein Geburtstag lag zum Beispiel mittendrin und wenn man dann feiert und Alkohol trinkt. Hab ich mir das selber als Termin gesetzt, dass das ein besonderer Tag ist und wenn ich da rauchen möchte, darf ich das. Hab das erst morgens um sechs gemacht, also hab das relativ wacker durchgehalten und bin

dann doch willenlos geworden. Das hat aber der Sache nicht so einen Abbruch gottseidank getan und (...) bin jetzt für mich auf dem Stand der Dinge, dass ich immer noch Nichtraucherin bin.“ (47)

Rückfallkritische Situationen bewältigt sie mit Durchhaltevermögen, Willensstärke und Disziplin. Als Wirkzentren formuliert sie „Kopf“ und „Herz“. Während „im Herzen“ ihre Identität als Raucherin und ihre Zugehörigkeit zu Raucher*innen verortet ist, steuert der „Kopf“ als Sitz von Rationalität und Disziplin den Ausstiegsprozess. Dass ihr die Abstinenz gelingt, schreibt sie ihrer Fähigkeit, sich zu disziplinieren und ihrer Willenskraft zu.

Während sie ihre gewählten Strategien für effektiv hält und weitgehend überzeugt davon ist, dass ihr auf diese Weise der Ausstieg auch langfristig gelingen kann, ist sie unsicher, ob sie die Abstinenz aufrechterhalten kann, wenn es zu außergewöhnlichen und unerwarteten Belastungen käme.

„Ich glaube, das das wär das wär bei mir auch die größte Gefahr, das wo ich wo ich sagen würde das wär das größte Risiko, dass ich auch beim Rauchen zum Beispiel da wieder mit anfangen könnte, wär glaube ich tatsächlich, wenn irgendwas passiert, also mich irgendwie aus einer anderen (1) aus einer ganz anderen Warte aus dem Gleichgewicht bringt. So, ich glaube dann wird's schwer. So was weiß ich, wenn unerwarteter Tod von von irgendeinem Verwandten oder so. Was überhaupt nicht zur Debatte steht und man damit auch nicht rechnet, aber ich glaube, wenn so was dazu käme, dann dann würde es schwierig und dann würd es das ins Wackeln bringen.“ (161)

Alle anderen Situationen, die es zu bewältigen gilt, kann sie ungefähr einschätzen, und mit ihren Ressourcen bewältigen.

Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen: Die Entstehung von Abhängigkeit ist aus Sicht der Erzählerin ein schleichender Prozess, der sich unbewußt vollzieht. So lange wie die Erzählerin ihren Tabakkonsum mit Genuß verbunden hat und der Überzeugung war, jederzeit aufhören zu können, definiert sie sich nicht als abhängig. Retrospektiv bewertet sie diese Sichtweise als Illusion.

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Ob der Ausstieg gelingt oder nicht, ist für die Erzählerin eng mit der Fähigkeit verbunden, verhaltensbezogene Vorsätze umsetzen zu können. Neben der Entscheidung, die Ergebnis eines kognitiven Prozesses ist, muss ausreichend Disziplin aufgebracht werden, um die angestrebte Verhaltensänderung umsetzen zu können.

„Ich glaub, dass ich ein relativ kopfgesteuerter Mensch bin und relativ konsequent und das hilft in solchen Situationen, glaub ich. Ich glaube, dass- und auch bei anderen Entscheidungen häufig den das Herz und den Bauch so ein so ein bisschen zurückstelle und ver- und versuche eher das rational zu erklären. (...) Ich glaube, dass das bei mir in anderen Bereichen ähnlich ist. So und dass dass ich dann solche, ach was heißt Strategien, nicht nicht nur Strategien, sondern vielleicht auch so grundsätzliche Haltungen oder ein oder oder so so wie man überhaupt mit Vorsätzen umgeht, dass das dass das dann schon ganz gut helfen kann so. Das glaub ich schon.“ (163)

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Solange sich die Erzählerin als freiwillige Raucherin definiert, gibt es kein Erleben von Abhängigkeit (s.o.).

Beziehung zur Zigarette: Die Zigarette ist positiv besetzt und wird mit positiven Situationen assoziiert. Im Aufhörprozess allerdings bedarf es ihrer Umdeutung ins Negative und Distanzierung von der Zigarette. („*Und ich hab sie sehr gerne und versuch sie grade zu verteufeln.*“, 201).

Aufhörstrategien: Die Erzählerin drückt mit ihrer Selbstdefinition als „*Aufhörende*“ (47) das Prozesshafte des Rauchstopps aus, das ihr verschiedene (Zwischen-)Schritte und Stadien erlaubt. So möchte sie sich die ihr im Moment noch wichtige Zugehörigkeit zu den Raucher*innen erhalten und grenzt sich eher gegen Nichtraucher*innen ab. Gleichzeitig formuliert sie, dass sich ihr Verhalten und ihre Einstellungen im Laufe des Prozesses auch verändern können. Zu ihren Erfahrungen im Rahmen des Rauchstopps nimmt sie eine distanzierte, analytisch geprägte Haltung ein. So schildert sie Veränderungen ihrer Perspektiven und Einstellungen aus einer beobachtenden Perspektive und lässt offen, welche Konsequenzen diese Veränderungen haben können. Ihre Aufhörstrategien bestehen zu Beginn vor allem darin, sich mit einer Reihe von Aktivitäten abzulenken. Wichtiger Erfolgsfaktor ist, den Prozess ergebnisoffen zu gestalten und sich die Option, wieder zu rauchen, offenzuhalten.

„Ich glaube, dass es mir schwer fallen würde zu sagen: ich darf das jetzt nicht mehr und mach das auch nie wieder. Und ich glaube, das würd bei mir so eine Art Druck auslösen und dazu führen, dass ich die ganze Zeit rauchen möchte.“ (127)

Akute Situationen des Rauchverlangens bewältigt die Erzählerin damit, dass sie sich Termine setzt, an denen sie sich erlaubt zu rauchen. Hierfür nutzt sie besondere Situationen wie ihren Geburtstag oder Festtage. Diese ich-syntonen Rückfälle bezeichnet sie als „*Minieinbrüche*“, die für sie „*verkraftbar*“ (47) sind und den grundsätzlichen Rauchstopp nicht gefährden.

Soziales Umfeld: Ihr soziales Umfeld reagiert sehr unterschiedlich auf ihren Ausstiegsversuch. Während ein Teil ihrer Freund*innen positiv reagiert und ihr Unterstützungsangebote macht, äußern andere eher Zweifel an ihrem Abstinenzserfolg. Diese kritische Reaktion dient ihr als Ansporn. Der Freund, mit dem sie zusammenlebt, ist Raucher und äußert sich „*überrascht*“ (183), dass ihr der Ausstieg gelingt. Während sie in der Vergangenheit schon einmal überlegt hatten, gemeinsam aufzuhören, äußert der Freund nun keinen Ausstiegswunsch.

Zusammenfassung Typus 3: Individualist*innen

Wachsende individualisierte Agentivität

Charakteristisch für diesen Typus ist das hohe Maß an Autonomie und Deutungsmacht, das die Erzählpersonen für sich reklamieren. Wichtig ist, den Ausstieg auf eigene Weise zu gestalten und auch unkonventionelle Strategien zu wählen, die für andere Menschen im sozialen Umfeld teilweise schlecht nachvollziehbar sind. Hierzu gehören bspw. ich-syntone Rückfälle, die für Aussteiger*innen dieses Typus Bestandteil des Aufhörprozesses sind. Diese Rückfälle erfolgen kontrolliert und geplant;

das Abstinenzvorhaben gefährden sie subjektiv nicht, im Gegenteil dienen sie eher der Aufrechterhaltung der Abstinenz.

Hinsichtlich des Einstiegs in den Tabakkonsum werden die lebensaltersspezifische Normativität und Normalität des Tabakkonsums sowie die eingeschränkte Handlungsmacht, die mit dem jungen Lebensalter verbunden ist, angeführt. Rauchen dient in dieser Lebensphase der Demonstration von Autonomie und Selbstbestimmung. Diese Aspekte sind auch für den Ausstiegsprozess essentiell. Die Aufhörmotivation entwickelt sich zum einen aus spürbaren negativen Auswirkungen des langjährigen Konsums und zum anderen aus dem Erleben der Abhängigkeit. Die Fremdbestimmtheit durch die Abhängigkeit widerspricht dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und ist schlecht kompatibel mit dem Selbstbild. Den Ausstiegsprozess selbstbestimmt gestalten zu können, ist wichtige Voraussetzung für den Abstinenzserfolg und wird gegenüber dem sozialen Umfeld und evtl. anderen Überzeugungen durchgesetzt. Die eigene Handlungsmacht entwickelt sich dynamisch und die (Wieder-)Aneignung der Entscheidungsmacht wirkt sich positiv auf die Abstinenzkompetenz aus. Der Ausstieg wird als befreiend und erleichternd erlebt.

Konzeptualisierung der Abhängigkeit: Angelernt/ habitualisiert

Tabakkonsum wird von den jüngeren Erzählpersonen dem jüngeren und mittleren Lebensalter zugeschrieben und als nicht mehr passend zum höheren Lebensalter konzeptualisiert; die ältere Erzählperson hingegen hat auch aufgrund erfolgloser Aufhörversuche den lebenslangen Konsum akzeptiert. Da der Konsum im Jugendalter unter Anstrengungen erlernt werden musste, hat er sich eingeschrieben in Handlungsroutinen. Der Ausstieg bedarf daher eines intensiven v.a. kognitiv-behavioralen Umstrukturierungsprozesses. In diesem Prozess steht die Wiedergewinnung der individualisierten Agentivität im Vordergrund. Diese betrifft nicht nur die Entscheidung für den Ausstieg, sondern auch die Gestaltung des Prozesses. Zentral ist die Umdeutung des Kräfteverhältnisses zwischen der Abhängigkeit und dem eigenen Ich. Die Zigarette ist emotional stark aufgeladen.

Aufhör- und Copingstrategien: Umlernen

Dieser Typus ist dadurch gekennzeichnet, dass er den Rauchausstieg als Prozess erlebt und dessen Herausforderungen mit individualisierten Strategien bewältigt. Zentrale Aufhörstrategien bilden das Setzen von Teilzielen, Aufschub des Rauchverlangens in konkreten rückfallkritischen Situationen und terminierte (ich-syntone) Rückfälle. Ist der Rauchstopp geplant, so erfolgt im Vorfeld bereits die Reduktion des Konsums.

Im Umgang mit der Stressquelle zeigt sich planvolles Handeln. Wichtig ist, dass der Stimulus Zigaretten weiter im Zugriff ist, um die Freiheit der Entscheidung für oder gegen das Rauchen zu behalten und in einem Fall wird die letzte, halb gerauchte Zigarette aufbewahrt, um das Rauch-

verlangen in akuten Situationen bewältigen zu können. Die gezielte Vermeidung rückfallkritischer Situationen spielt eine untergeordnete Rolle. Informationen über die Auswirkungen des Tabakkonsums und das Ausstiegsgeschehen werden im Rahmen des Kurses oder durch das Lesen relevanter Literatur aufgenommen. Die Möglichkeiten der Introspektion werden eingesetzt, um bisherige Rauchgewohnheiten und rückfallkritische Situationen zu reflektieren und zu analysieren. Zu diesem Typus gehört außerdem, sich die Nachteile des Rauchens und die Vorteile des Nichtrauchens zu vergegenwärtigen, um sich auf ein rauchfreies Leben zu orientieren. Nichtraucher*innen dienen gleichsam als Vorbilder, von denen sich Verhaltensweisen abgeschaut werden können. Bei der Bewältigung des Rauchverlangens werden kognitive Techniken und Techniken der Selbstinstruktion eingesetzt; mithilfe innerer Dialoge der Selbstermutigung gelingt die Reflektion und Bewältigung von Emotionen. Zu diesem Typus gehören ebenfalls die terminierten, ich-syntonen Rückfälle, mit deren Hilfe das akute Rauchverlangen kontrolliert werden kann; sie stärken die Überzeugung, das eigene Rauchverhalten kontrollieren und die Abstinenz aufrechterhalten zu können. Im Falle des Kursbesuchs ist dieser eine wichtige Quelle der sozialen Unterstützung. Im Vordergrund stehen hier die Begleitung durch die Kursleitung und der gemeinsame Besuch des Kurses mit einer Freundin (dyadisches Coping). Der Kurs dient darüber hinaus als Rahmen und Regelwerk, wenn der Ausstieg aus eigener Kraft nicht gewagt wird. Die selbstständig Entwöhnenden formulieren keinen Unterstützungsbedarf; vielmehr scheint dieser Ausstiegsmodus passend zum Bedürfnis nach Eigensteuerung des Prozesses zu sein. Die gewählten Strategien werden als offensiv eingeordnet.

8.4.4 TYPUS 4: ZWEIFLER*INNEN

Das Zutrauen, den Ausstieg schaffen zu können, ist bei diesem Typus zunächst nur schwach ausgebildet, weshalb vor allem zu Beginn Unterstützung benötigt wird, die dann aber nach und nach unwichtiger wird; ist die erste, vulnerable Zeit überstanden, so sind keine weiteren Hilfsmittel nötig. Die Strategien sind sowohl defensiv als auch offensiv.

Die eingeschlossenen Fälle sind weiblich, 31 und 64 Jahre alt; eine von ihnen unternimmt den Ausstieg selbstständig, die andere besucht einen Entwöhnungskurs.

S_w10_31: „Ich wollte eigentlich gar nicht aufhören, aber die Gelegenheit war da.“

Zur Person: Die Interviewte ist weiblich, 31 Jahre alt, Studentin und jobbt nebenbei in der Gastronomie. Sie lebt mit ihrem Partner zusammen.

Rauchgeschichte: Im Alter von 16 Jahren beginnt sie mit dem Rauchen und konsumiert täglich etwa 25 Zigaretten. Der Fagerström-Test ergibt eine sehr hohe Abhängigkeit (9 Punkte). Nach drei frühe-

ren Aufhörversuchen mit Abstinenzzeiten bis zu 1,5 Jahren unternimmt die Interviewte den aktuellen Rauchstopp selbstständig und ist zum Zeitpunkt des Interviews seit 11 Wochen rauchfrei.

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Rauchen hat für die Erzählerin strukturierende Funktion der Arbeit für ihr Studium zu Hause. Im Rahmen ihrer Beschäftigung in der Gastronomie ist Rauchen fester Bestandteil der Arbeitskultur und verbindendes Element mit den Kolleg*innen, insofern als Zigaretten gemeinsam geraucht werden und das Rauchen als (gemeinsame) Pause genutzt wird. Zigaretten unterscheidet sie nach „Suchtzigaretten (...), die eigentlich gar nicht mehr geschmeckt haben“, und Zigaretten, die „entspannt“ geraucht wurden (80). Rauchen verbindet sie außerdem mit Entspannung nach der Arbeit.

Aufhörmotivation: Die erste Frage, die sich darauf bezieht, wie es zum aktuellen Rauchstopp gekommen ist, beantwortet die Erzählerin mit dem Satz: „Ich wollte eigentlich gar nicht aufhören, aber die Gelegenheit war da“ (8). Ihr Ausstiegswunsch war wenig konkretisiert und eher diffus verbunden mit späterer Familienplanung. Ihr Partner raucht nicht bzw. ist Ex-Raucher, beschwert sich über ihren Tabakkonsum und wünscht sich, daß sie aufhört. Auf Grundlage dieses nicht genauer terminierten Ausstiegswunsches nutzt sie die Gelegenheit der Urlaubsreise, um den Ausstieg zu versuchen.

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Die Erzählerin schildert als Ausgangssituation ihre jugendliche Neugier und Offenheit, etwas Neues auszuprobieren. Wegen der aversiven körperlichen Reaktionen geht von ihr keine weitere Initiative aus, den Tabakkonsum fortzusetzen. Vielmehr unterstellt sie den anderen Raucher*innen, sie zum Rauchen verführen zu wollen, indem sie ihr Zigaretten anbieten. Es drängen sich Parallelen zum Konsum harter Drogen und zum „anfixen“ auf. Die Zigaretten abzulehnen und nicht zu rauchen, ist offenbar keine Option. Die Angebote werden von ihr zwar zögerlich, aber letztlich angenommen. Die negativen körperlichen Empfindungen des Tabakkonsums nimmt sie zugunsten der Gemeinschaftlichkeit und des Gefühls der Zugehörigkeit in Kauf. Während sie zunächst passive Empfängerin von geschenkten Zigaretten ist, entwickelt sie einen eigenständigen Konsumwunsch und kauft sich Zigaretten. Ab diesem Punkt verselbständigt sich der Prozess und ihr Rauchverhalten verstetigt sich, ohne dass erkennbar ist, welche Faktoren hier wirksam sind. Die Habitualisierung folgt einer Gesetzmäßigkeit, die nicht mehr beeinflussbar ist.

„J:a auf einer Jugendfreizeit. Irgendwie vielleicht zwei drei Wochen vor meinem sechzehnten Geburtstag (2) u:nd, ach, alle haben irgendwie geraucht und ich war halt neugierig. Ich wollt einfach mal probieren. Hab ein Mal gezogen. Bah, nee (1) SO toll schmeckt's ja nicht. Das hatten jetzt ein paar Leute mitgekriegt, die geraucht haben, und wie ich weiß nicht warum Raucher so sind: ((ahmt nach)) ‚Ach, guck mal, ich hab eine Zigarette. Hier, möchtest du? Möchtest du? Und plötzlich hab ich Zigaretten ohne Ende geschenkt bekommen. Ich hab angefangen mit einer Schachtel am Tag (1) und hab <<geföhlt>> nicht eine Zigarette davon selbst gekauft. Mir war zwischendurch ein bißchen schwindelig, aber h:ach, das war dann halt auch, man saß gemütlich zusammen und alle haben sich eine angemacht und ((ahmt nach)) ‚Komm, willst nicht AUCH

eine'. J:a gut, warum nicht. Ja und dann war ich wieder-, drei Wochen lang, drei Wochen ging die Freizeit, und das war relativ am Anfang, das waren also noch so zweieinhalb, drei Wochen wo ich dann wirklich irgendwie fast eine Schachtel am Tag geraucht hab. Dann kam ich wieder und plötzlich hat mir keiner mehr Zigaretten gegeben. Plötzlich war es ja normal, dass ich rauche. Und da hab ich gedacht: ‚Nee, kaufst dir aber keine‘ (2) das ging dann auch ein paar Wochen. Ja und dann hab ich- dann hatten wir Nachtreffen. Das waren dann alles wieder DIE Leute. Ja und als ich mit DENEN zusammen war, wollte ich dann AUCH wieder rauchen. Ich hab noch nie gerne geschnorrt, ne (...) und dann hab ich mir dann da halt dann doch ne Schachtel gekauft für den einen Abend, ne, dass ich da halt dann nicht irgendwie fragen musste. Ja, nachdem man sich einmal ne Schachtel gekauft hat, ist dann, ne, dann hab ich mir immer mal wieder ne Schachtel gekauft u:nd über die Zeit wird´s dann ja auch immer mehr.“ (72)

Frühere Aufhörversuche: Die Schilderungen früherer Ausstiegsversuche lassen nicht klar erkennen, wie sich das Geschehen aus der Perspektive der Agentivität vollzogen hat. Dass ihr der erste Ausstiegsversuch noch relativ leicht fällt, erklärt die Erzählerin damit, dass ihre Abhängigkeit noch nicht so stark ausgeprägt ist. Für den zweiten Ausstiegsversuch wählt sie wie für den aktuellen Rauchstopp eine Urlaubssituation, die ihr ermöglicht, Alltagsroutinen und rückfallkritische Situationen zu vermeiden. Die Rückkehr in ihren Arbeitsalltag, der eng verknüpft ist mit Tabakkonsum, bildet dann auch den Rahmen für die Wiederaufnahme ihrer früheren Konsumgewohnheiten. Offen bleibt aber, welche Faktoren wirksam waren; die Agentivität bleibt eher anonym.

„Ja, also der allererste [Aufhörversuch] halt vor über zehn Jahren, der da hab ich auch einfach aufgehört, weil ich keine Lust mehr hatte zu rauchen. Das hat dann auch super geklappt ohne Schmach, ohne alles. Da hab ich aber auch noch nicht so viel geraucht. Und über die Jahre ist das mehr geworden.“ (36)

Aktueller Rauchstopp: Dem Ausstiegsvorhaben fühlt sich die Erzählerin dann gewachsen, wenn die Rahmenbedingungen restriktiv und rauchfrei sind, d.h. das Rauchen nicht erlaubt ist, keine Zigaretten im Zugriff sind und sie mit Nichtraucher*innen zusammen ist. Die inneren Dialoge und Verhandlungen beginnen umgekehrt in Situationen, in denen Rauchen prinzipiell möglich wäre. Tabakkonsum nimmt sie als Normalität wahr und es fällt ihr schwer, sich dagegen abzugrenzen und ihr Rauchverlangen zu kontrollieren. Da sie nicht sicher ist, den Ausstieg schaffen zu können, wählt sie eine Situation, in der sie der täglichen Routinen enthoben ist, entschließt sich erst im letzten Moment, keine Zigaretten mit in den Urlaub zu nehmen und lässt offen, wie weit die Ausstiegsperspektive reicht.

„Raus aus dem Alltag hab ich gedacht: ‚Ach eigentlich wär das ne gute Idee‘ und dann hab ich: ‚A:ch, ich weiß noch nicht, ob ich Zigaretten mitnehme. Mal gucken.‘ und dann hab ich mich wirklich am letzten Tag entschieden, keine Zigaretten mitzunehmen und hab dann – wir sind mit dem Zug hingefahren, das sind dreizehn Stunden – und hab dann wirklich am Bahnhof noch schnell meine letzten zwei Zigaretten geraucht, bin dann ohne Zigaretten in den Zug eingestiegen (2) und erstaunlicherweise hat es geklappt. Das hab ich selbst gar nicht- also- gehofft ja, aber es jetzt nicht wirklich so´n ganz ganz fester Entschluss: ‚Du hörst jetzt auf jeden Fall auf‘, sondern ‚Probier`s mal ob`s klappt‘. Ja, und dann im Zug kann man nicht rauchen. Der Anfang war halt nicht GANZ einfach (1) dann mussten wir zwei Mal umsteigen, das war jeweils ne halbe Stunde (1) (...) Und dann saß ich immer ne halbe Stunde da und hab Däumchen gedreht und

so: ‚Nein, du kaufst jetzt KEINE Zigaretten‘ ((lachend)). Ja, und dann wieder im ZUG konnte ich ja nicht. Das macht den Schmach definitiv leichter, wenn man auch gar nicht die Möglichkeit hat. Anstrengend war es für mich noch mal auf der Fähre, weil da ist dann auch ne ((ahmt nach)) ‚Ja, wenn Sie Alkohol und Zigaretten kaufen wollen‘, ne. U:nd dann stand ich da und hab gedacht: ‚Hm, alle rauchen. Ich will auch.‘ (1) Aber es geht.“ (10)

Ihre individualisierte Handlungsmacht ist zunächst so gering, dass ihre einzige Möglichkeit, den Ausstieg zu versuchen, darin besteht, Bedingungen zu schaffen, die möglichst wenig Anreize und eher Hindernisse zum Rauchen beinhalten und ihr den völligen Rückzug ermöglichen. Erst die Isolation und totale Vermeidung des Kontakts mit Nikotin ermöglichen der Erzählerin, sich von der Abhängigkeit zu distanzieren und Kontrolle über ihr Suchtverlangen zu gewinnen.

„Also ich hab wirklich nen kalten Entzug gemacht und das äh letzte Mal als ich im Urlaub war hab ich dann mit Kaugummis versucht aufzuhören. Das heißt, auch wenn man SO nicht mehr geraucht hat, man war ja noch nicht wirklich vom Nikotin weg und DANN ist das glaube ich ganz schwierig, wenn man dann wieder überall den Rauch dabei hat und wieder passiv mit-raucht und dann halt nicht selber zu rauchen. Wie gesagt und dadurch, dass ich jetzt auch den kalten Entzug hatte, war ich halt einmal weg.“ (26)

Dieser Prozess erfordert die Umstrukturierung ihrer Identität und verläuft stufenweise, d.h. sie muss sich immer wieder in neuen Situationen ausprobieren.

„Und DA muss ich halt mal gucken wie das dann ist, wenn ich dann mal was getrunken hab und vielleicht tanzen. (...) Also wenn ich so an mich dann irgendwie beim Feiern denke, dann hab ich tanzen und Zigarette in der Hand. Da muss ich mal gucken, wie das DANN wird.“ (60)

Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen: In diesem Konzept wird die Abhängigkeit als erlernt und habitualisiert konstruiert. Als Sitz der Abhängigkeit wird das „*Unterbewußtsein*“ benannt, welches mit mangelnder Kontrolle und automatisiertem Verhalten verbunden wird. In der Ausstiegsphase gehen von dieser Instanz dysfunktionale Kognitionen und Impulse zur Aufrechterhaltung der Rauchgewohnheiten aus.

„Ja das- also mein Unterbewußtsein wollte definitiv NICHT aufhören zu rauchen. Das hat mir dann immer so: ‚A:ch dir gehts nicht gut, bist krank, jetzt muss jeder verstehen, wenn du eine rauchst‘ und solche Sachen und DAS hab ich zum Teil auch immer noch, auch auf der Arbeit. Dann saß ich da eben <<dann>> nach Feierabend alleine und die Kollegin hatte ihre Schachtel Zigaretten da liegen, kam dann auch wieder so vom Unterbewußtsein: ‚Nimm dir doch eine. Nur für- musst du ja nicht rauchen, nur für den Notfall. Irgendwann, wenn du unbedingt mal willst. Pack dir doch einfach eine ein.‘ Ich so: ‚Nee (.) ((lachend)) will ich nicht‘, ne, aber das das schickt so das Unterbewußtsein noch mal so: ‚Ach, du kannst doch!‘“ (26)

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Abhängigkeit wird als Automatismus begriffen, demgegenüber die individualisierte Agentivität eingeschränkt ist. Die Phase des Ausstiegs bedeutet daher eine erhöhte Vulnerabilität. Für das Ausstiegsvorhaben ist wichtig, spezifische, protektive Bedingungen zu schaffen. Der benötigte Schutzraum kann auf verschiedene Weise hergestellt werden: Ausbruch aus der Alltags- und damit Konsumroutine oder Möglichkeiten zum Austausch und zur Unterstützung, wenn im Alltag und im sozialen Umfeld wenig Unterstützung vorhanden ist. Erst wenn diese vulne-

rable Phase überstanden ist, wächst die individualisierte Agentivität und kann die Abstinenzabsicht längerfristig umgesetzt werden.

„Ab und zu sagt's das halt auch immer noch: ‚A:ch, JETZT ne Zigarette, das wär doch schön! Wo ich mir dann immer denke: ‚Nö. Warum! Aber, ne, ab und zu versucht's das Unterbewußtsein noch. Aber es wird seltener.“ (44)

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Während des regelmäßigen Konsums wird die Abhängigkeit nicht als solche empfunden. Konsumassoziierte Verhaltensweisen werden zwar als Einschränkung wahrgenommen, jedoch der Notwendigkeit zu rauchen untergeordnet und somit akzeptiert. Erst retrospektiv erfolgt deren Neubewertung als Zwanghaftigkeit wie das folgende Zitat beispielhaft zeigt:

„So und ich bin halt wirklich nervös geworden, wenn dann, ne, wie gesagt auch wenn's hier irgendwie nachts war, dann noch die halbe Stunde zur Tankstelle gelaufen. Wohl wenn ich bis morgens gewartet hätte, die Bude ist nur zwei Minuten entfernt, aber so die Gefahr, morgens aufzuwachen und KEINE Zigarette da zu haben (2) nee, also wie gesagt dafür bin ich- hab ich mich extra angezogen und bin losgelaufen, auch wenn ich eigentlich quasi schon fast im Bett war (1) und total müde. (...) Jetzt ist einfach, dass ich froh bin, dass ich die Sucht los bin. Das ist halt (2) es hat mich schon teilweise genervt WÄHREND ich noch geraucht hab, obwohl man das da, glaub ich, nicht so an sich rankommen lässt. Aber so jetzt im Moment, wo ich die Sucht jetzt halt nicht mehr hab, denk ich mir ((leise)): ‚Boh, dieses Suchtverhalten- das ist- also es beeinflusst so das Denken ja zum Teil ziemlich und also DA bin ich froh, dass ich's nicht mehr hab. Das ist irgendwie (1) so im Rückblick ganz schön nervig gewesen (1) <<obwohl>> in dem Moment hab ich's halt eigentlich SELTEN so empfunden, so.“ (80)

Beziehung zur Zigarette: Die Beziehung zur Zigarette stellt sich eher funktional und konsumorientiert dar. Im Alltag ist das Rauchen eingebettet in Routinen und Rituale, ohne dass die Zigarette jedoch emotional besonders aufgeladen ist.

Aufhörstrategien: Ihre zentrale Aufhörstrategie ist die Vermeidung des Zugriffs auf Zigaretten und rückfallkritischer Situationen. Darüber hinaus hat sie keine situationsspezifischen Strategien entwickelt. Konkrete Situationen des Suchtdrucks bewältigt sie mit dem Konsum von Süßigkeiten als Ersatz für das Rauchen. Die eintretende Gewichtszunahme bewertet sie als unproblematisch und hat auch hierfür keine spezifische Strategie.

„U:nd da bin ich noch ein bißchen unglücklich mit mit den sieben Kilo, aber ich hoffe, das gibt sich mit der Zeit wieder.“ (10)

Soziales Umfeld: In Ihrem Alltag sind neben ihrem Partner, der Nichtraucher ist, und begrüßen würde, wenn sie aufhört, die Eltern diejenigen, die ihr durch ständiges Nachfragen und Mahnen „Druck machen“. Mit den Arbeitskolleg*innen in der Gastronomie teilt sie den Arbeitsstress, die mangelnden Pausen und die Zigaretten. Viele von ihnen haben den Wunsch aufzuhören; Ausstiegsversuche scheitern aber häufig aufgrund der Rahmenbedingungen in der Gastronomie.

Die Mitreisenden im Urlaub, in dem sie den Ausstieg unternimmt, sind hauptsächlich Nichtraucher*innen. Diese ermutigen sie, durchzuhalten. Die Erzählerin schreibt ihnen auch die Funktion von Aufpasser*innen zu und empfindet deren Erwartungshaltung, dass sie den Ausstieg schafft, als hilfreich und ermutigend.

K_w4_64: „Ohne diese Therapie hätte ich das nicht geschafft.“

Zur Person: Die Erzählerin ist weiblich, 64 Jahre alt und verheiratet. Vor ihrer Berentung war sie als Verkäuferin tätig, seither ist sie gemeinsam mit ihrem Mann selbstständig in der Gastronomie. Die erwachsenen Kinder leben nicht mehr im Haushalt.

Rauchgeschichte: Im Alter von 14 Jahren beginnt sie mit dem Rauchen und konsumiert täglich etwa 30 Zigaretten. Gemeinsam mit ihrem Mann, der derzeit raucht, versucht sie ein Mal, das Rauchen aufzugeben. Ihr Aufhörversuch endet nach einer Abstinenzzeit von drei Wochen, während ihr Mann 1,5 Jahre rauchfrei bleibt. Laut Fagerström-Test ist sie in sehr hohem Maße abhängig (9 Punkte). Ihren jetzigen Aufhörversuch unternimmt sie im Rahmen eines Entwöhnungskurses. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie seit 3,5 Wochen rauchfrei.

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Der Tabakkonsum ist Bestandteil der täglichen Routinen und fest habitualisiert. Rauchen erfüllt außerdem die Funktion, Entspannung zu fördern.

Aufhörmotivation: Während sie früher die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens stets verdrängt hat, ist nun die dringende Empfehlung des Arztes Anlass für den aktuellen Rauchstopp. Sie leidet stark unter Asthma und Verschlüssen von Arterien; beides wird durch den Konsum gefördert bzw. gar ausgelöst. Die Gelegenheit, die sich ihr mit dem Angebot des Entwöhnungskurses bietet, nutzt sie.

Phasenspezifische Agentivierungen

Einstieg: Das Interview enthält keine Beschreibung wie es zum Einstieg in den Tabakkonsum kam.

Frühere Aufhörversuche: Die Erzählerin hat bereits mehrmals versucht, das Rauchen aufzugeben und hierfür verschiedene Hilfsmittel (Laser, Nikotinpflaster) genutzt; einen Versuch hat sie gemeinsam mit ihrem Mann unternommen. Die Abstinenzfolge erstreckten sich über wenige Wochen.

Den gemeinsamen Ausstiegsversuch schildert die Erzählerin ausführlich. Deutlich wird der Automatismus, den sie der Abhängigkeit zuschreibt und ihre demgegenüber ineffektive Agentivität. Der Rückfall wird als anonymer Vorgang ohne handelndes Zentrum und ohne ihre Beteiligung geschildert; dass ihr heimliches Rauchen offenbar wird, schreibt sie anonymen Wirkmächten zu.

„Wir waren dann im Urlaub und hab das dann HEIMlich gemacht. Wir waren an der tschechischen Grenze, hab natürlich Zigaretten dann für meinen Sohn geholt und die hab ich dann unten im Kleiderschrank gelegt und wie ich die dann gesehen hab, wurde natürlich ne Schachtel rausgenommen und dann unten ab in die Rezeption und überall ((lacht)) hab ich mich dann versteckt und- (2) hab dann da geraucht und hab die dann natürlich im Nachtskonsölchen gelegt (1) und ich weiß nicht, wie der Zufall das wollte, mein Mann der guckt sonst- wir packen- der packt zwar die Koffer, ich geb ihm die Sachen an, aber so lange wie wir in Urlaub fahren mein Mann hat noch NIE Schränke nachgeguckt. Kenn ich gar nicht. Im Gegenteil ich bin da sehr vorsichtig, ich mach lieber zwei Mal, geh drei Mal, dass der manchmal schon gesagt hat: ‚Da HASTE doch schon geguckt, da ist doch GAR nichts mehr drin, was guckst du denn schon wieder‘. Ja, und wie der Teufel das so wollte, ich weiß es nicht wie es kam, auf jeden Fall hat der da dann auch gerade diesen Schrank dann nachgeguckt, wo die Zigaretten waren, und dann hat er das gesehen. ‚Oh‘ sagt er ‚SCHÖN‘, ‚Ja‘ ich sag ‚ich kann es nicht ändern‘. Von DEM Tag an hatte ich natürlich dann auch wieder öffentlich geraucht.“ (18)

Die früheren erfolglosen Ausstiege erklärt sich die Erzählerin mit ihren eigenen ineffektiven Agentivität („Ich konnte es ja einfach nicht lassen.“, 18).

Aktueller Rauchstopp: Die Agentivität für ihren Ausstieg schreibt sie der ärztlichen Autorität zu. Die negativen gesundheitlichen Auswirkungen sind für die Erzählerin spürbar und nach ihrem Verständnis hätte dies ein ausreichender Motivator sein müssen, um den Ausstieg zu schaffen, was aber in der Vergangenheit nicht der Fall war. Diese kognitive Dissonanz bewertet sie retrospektiv als irrational und pathologisch; auf diese Weise kann sie ihr Verhalten legitimieren und sich gleichzeitig davon distanzieren.

„Kann nicht norMAL sein‘ hab ich gesagt- ne, das kann ja nicht, ne. Ich hab hier gesessen bei zehn Grad minus, hab sämtliche Türen losgeschlossen, weil ich diesen diese LUFTnot kriegte. Sämtliche Türen bei zehn Grad minus losgerissen, hab mir nen Parka angezogen, hab mir draußen nen Stuhl vor die Türe gesetzt, weil ich LUFTpanik kriegte. (2) Wie dieser Anfall zu Ende war, hab ich mich in Küche gesetzt und ne Zigarette geraucht (...) da hab ich IMmer gesagt ich sag ‚norMAL kann ich nicht SEIN‘. Wenn das ein ARZT sehen würde, die würden mich sofort einsperren (1) und da bin ich von überzeugt, da hätte ich das auch nicht alleine geschafft, nie und nimmer, weil durch die ANGST hätte ich es ja normalerweise schon alleine schaffen müssen.“ (52)

Im Unterschied zu den früheren Aufhörversuchen gelingt es ihr jetzt, nicht mehr innerlich mit sich zu verhandeln, ob sie raucht oder nicht. Sie hat einen Paradigmenwechsel von früher halbherzigen Versuchen hin zur Entschlossenheit zum Ausstieg vorgenommen und bezeichnet diesen Prozess als einen mechanischen Vorgang, dessen Wirkmächte anonym sind.

„Da hab ich SO lange mich immer rumgequält: ‚Sollst du jetzt, sollst du nicht, sollst du, sollst du nicht‘. Jetzt hab ich überHAUPT gar nicht diesen- diesen diesen DRANG so wie ich DA [bei früheren Aufhörversuchen] gehabt hab (2) und da MEIN ich wohl, dass DAS das Klick ist, dass es- der Schalter UMgelegt wurde und gesagt wurde: ‚So, jetzt- nicht mehr‘ und dass das vielleicht auch durch diese Therapie mit durch die Sprechtherapie mit dem Therapeuten war. Anders kann ich mir das nicht vorstellen. Dass dieser Laserquatsch - ach Akupunktur hab ich auch gemacht -, dass das alles der GRÖSSte Quatsch ist. Dass das mit (2) Therapeuten, wo man drüber sprechen kann, viel viel besser ist. Für MICH auf jeden Fall.“ (40)

Ihre individualisierte Agentivität zeigt sich im Umgang mit dem Suchtverlangen:

„Als wenn da einer hinter mir steht und sagt: ‚Steckst du dir jetzt eine an‘ (2) und ich sag: ‚NEIN‘ und dann ist das auch praktisch schon vorbei so DIEse Reaktion. Oder zu vergleichen wie- das ist jetzt ein Teufel in meinem Körper, der mich jetzt unbedingt verführen will und ich sag zu dem: ‚Hoffentlich bist du jetzt bald WEG (1) du verfluchter Teufel‘ ne, so.“ (90)

Die Abhängigkeit subjektiviert und externalisiert die Erzählerin. Damit schafft sie eine Wirkmacht, von der sie sich distanzieren und der sie sich widersetzen kann.

Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen: Der Tabakkonsum ist für die Erzählerin stark habitualisiert und durch jahrzehntelangen Konsum Bestandteil ihrer Handelns, so dass er nicht reflektiert wird. Vielmehr wird Rauchen als Reflex und Automatismus wahrgenommen.

„Ja wie so ein Reflex so als wenn er- als wenn der Körper sagt: ‚MENSCH‘- als wenn der Körper mich dran erinnern will, zu verführen, sag ich immer, ne.“ (86)

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Ihre eingeschränkte individualisierte Handlungsmacht schreibt die Erzählerin auch Persönlichkeitseigenschaften zu. So bedingt die Labilität der eigenen Persönlichkeit, dass kein ausreichend starker Wille entwickelt werden kann, den Ausstieg ohne Unterstützung schaffen zu können.

„Man muss erst mal den ganz, ganz, ganz starken Willen haben und der muss sehr, sehr stark sein und wenn man da ein bißchen labil ist, schafft man das nicht und alleine schon gar nicht. Also alleine hätte ich das auch nicht geschafft, da bin ich viel zu labil für, da hätte ich den Willen gar nicht für gehabt.“ (109)

Welche Faktoren dann darüber hinaus und in welcher Weise wirksam sind, bleibt undeutlich. Der Ausstieg wird als mechanischer, technischer Vorgang konstruiert, bei dem nicht immer erkennbar ist, welchen Mächten welche Agentivität zugesprochen wird.

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Spürbare negative Folgen des Tabakkonsums werden zwar wahrgenommen, der Tabakkonsum wird zunächst dennoch aufrechterhalten und auch zur Bewältigung gesundheitlich belastender Situationen eingesetzt. Diese kognitive Dissonanz ist für die Erzählerin problematisch und der Grund für ihren Unterstützungsbedarf.

Beziehung zur Zigarette: Die Zigarette ist emotional wenig aufgeladen; die Beziehung ist eher neutral und funktional. Rauchen wird zwar auch mit Entspannung, Belohnung und sozialen Situationen verbunden, im Vordergrund stehen jedoch Beschreibungen des automatisierten Konsums.

Aufhörstrategien: Zentrale Strategie ist der Besuch des Kurses. Die im Kurs vermittelten kognitiven Strategien kann die Erzählerin sehr gut für sich nutzen, um Situationen des Rauchverlangens zu entdramatisieren.

„Ich sag mir dann immer, wenn der Gedanke [zu rauchen] kommt, sag ich mir immer: ‚Nein, du willst nicht. Du willst nicht.‘ (...) Wir haben das da in der Therapie so gelernt mit einer Regenwolke. Wenn jetzt eine Regenwolke so ankommt und die will dann anfangen zu regnen, dann ist das die Zigarette und dann sollen wir die Regenwolke schön vorbeiströmen lassen und wenn ich dann so diesen- dann nicht- ‚Oh ‘ne, die Regenwolke ist jetzt gleich vorbei. Die ist jetzt über

unserem Haus und die haut jetzt ab die Regenwolke' und dann ist das auch dann kurz drauf ist das auch schon wieder vorbei.“ (76)

Soziales Umfeld: Mit dem Ehemann, der aktuell raucht, hat sie vereinbart, dass er seinen Tabakkonsum auf einen Raum begrenzt und alle anderen Räume rauchfrei bleiben. Seinen intensiven Konsum und die Tatsache, dass überall Zigaretten liegen, empfindet sie als Beeinträchtigung. Sie hofft, ihn mit ihrem Ausstieg zu motivieren, ebenfalls mit dem Rauchen aufzuhören, bezweifelt aber, dass er gleichermaßen von dem Kurs profitieren würde. Vom Ehemann berichtet sie keine spezifische Unterstützung. Die einzige und wichtigste Unterstützung geht vom Kursleiter aus. In der gemeinsamen „Kneipe“, in der sie manchmal arbeitet, wird geraucht und sie sieht keine Möglichkeit, dort rauchfreie Bedingungen zu schaffen.

Bedeutung des Kurses: Einen Entwöhnungskurs besucht die Erzählerin zum ersten Mal und sie betont mehrmals, dass ohne diese Anbindung auch dieser Aufhörversuch nicht erfolgreich gewesen wäre. Der Kurs ist für die Interviewte die zentrale Ressource für die Bewältigung des Rauchstopps. Den Austausch mit den anderen Kursteilnehmer*innen, einer Bekannten, die auch am Kurs teilnimmt, den Kontakt zur Kursleitung sowie das Regelwerk des Kurses⁶⁹ erlebt sie als sehr unterstützend.

Die kontinuierlichen Abstinenzserfolge fördern ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung, was wiederum dazu beiträgt, dass sie ihren Entschluss umsetzen kann. Die Erzählerin konstruiert aus der Perspektive der Agentivität den Entwöhnungskurs als Instrument, das ihr den Ausstieg überhaupt erst ermöglicht und ihre individualisierte Handlungsmacht stärkt.

„Und jetzt muss ich daBEI sagen (2) ich hab das nicht geglaubt, dass der Kurs mich SO weit bringt. Wir haben uns dann nur DREI Mal getroffen. Der war nur von drei Abende war der (1) ich hätte da NIE mit GERECHNET, dass ich das SCHAFFEN würde durch den Kurs (2) ich war nach dem ZWEITEN Kurs war ich schon so weit, dass ich gesagt hab: ‚Was der da von alles redet. Ich rauch doch sowieSO nicht mehr‘ (2) und der war auch angenehm, muss ich ja ganz ehrlich sagen, und dann macht der ja auch Telefondienst und wenn er mich angerufen hat, hat der auch zum zweiten Mal hat der auch zu- bei mir- zu mir gesagt: ‚Frau [eigener Name]‘ sagt er ‚bei ihnen habe ich überhaupt gar keine Angst‘. Ich sag: ‚Wieso‘, da sagt er: ‚SIE sind SO locker drauf‘ sagt er ‚und Sie sind da SO von überzeugt, ich glaube, also ich müsste mich schwer vertun‘ sagt er ‚wenn sie noch mal rückfällig würden.“ (18)

Ihren Erfolg führt sie darauf zurück, dass sie mit dem Kurs eine Intervention gefunden hat, die sich grundlegend von denen bisherigen unterscheidet: während sie bei den Laser- und Akupunkturbehandlungen eher passive Empfängerin war, ist sie an dem Entwöhnungskurs aktiv beteiligt. Die Effektivität von Interventionen hängt für sie von der Passung mit der Persönlichkeitsstruktur ab.

⁶⁹ Zu Beginn des Kurses wird der Zigarettenkonsum reduziert, anschließend wird im Kurs gemeinsam die letzte Zigarette geraucht und so der Rauchstopp initiiert.

„Ich bin mehr ein Mensch, wenn ich- ich muss mich öffnen, ich muss reden können mit jemand. Auch wenn ich Probleme hab muss ich jemanden haben, dem ich mich anvertrauen kann und deswegen schätze ich mal, dass das deswegen was gebracht hat.“ (115)

Zusammenfassung Typus 4: Zweifler*innen

Eingeschränkte individualisierte Handlungsmacht

Die Klammer für diese beiden Interviews bildet die ineffektive, anonyme Agency, die sich an vielen Stellen zeigt. Bezogen auf ihre Aufhörmotivation, die Aufhörstrategien und das soziale Umfeld unterscheiden sich die eingeschlossenen Interviews. Sie ähneln sich jedoch bezogen auf die Zuschreibungen von Agentivität, weshalb sie in das gleiche Muster gehören.

Bezogen auf den Einstieg liegen in einem Fall keine Aussagen und im anderen Fall eine Mischung von individualisierter, kollektiver und anonymer Handlungsmacht vor. Rückfälle werden eher anonymen Wirkmächten zugeschrieben und die Wiederaufnahme der Konsumgewohnheiten als Automatismus beschrieben, bei dem unklar bleibt, welche Faktoren in welcher Weise wirken und welche Rolle dem Individuum zukommt. Auch für das Gelingen des Ausstiegs werden eher anonyme Wirkmächte angeführt. Die zugehörigen Prozesse werden als automatisiert verstanden. Sind die äußeren Bedingungen (Schutzraum, Kurs) der Vulnerabilität der Ausstiegsphase angepasst, so kann der Ausstieg gelingen. Die eigene Handlungsmacht bildet jedoch keine ausreichende innere Ressource, um den Ausstieg unter Alltagsbedingungen zu versuchen.

Konzeptualisierung der Abhängigkeit: Verankert im Unterbewußtsein

Die Abhängigkeit wird als Teil der Persönlichkeit konzeptualisiert, über den nur sehr eingeschränkt Kontrolle besteht. Sie wird außerdem v.a. auf die körperliche Ebene und die Wirkung des Nikotins bezogen. Der Tabakkonsum ist Teil der eigenen Identität und es bedarf spezifischer Rahmenbedingungen und Interventionen, damit die Vulnerabilität, die durch die hohe Agentivität der Abhängigkeit entsteht, überwunden werden kann. Die Beziehung zur Zigarette ist weitgehend neutral.

Aufhör- und Copingstrategien: Schutzräume schaffen

Dieser Typus benötigt und schafft spezifische Rahmenbedingungen für den Ausstieg. Besonders bedeutsam ist die zeitliche Perspektive, da es darum geht, die ersten Tage nach dem Rauchstopp gleichsam zu überstehen. Im Vordergrund steht daher in dieser Zeit, die Konfrontation mit dem Stimulus Zigaretten möglichst zu vermeiden, indem keine Zigaretten mehr im Zugriff sind oder der Zugriff erschwert ist und ein möglichst rauchfreies Umfeld gesucht wird. Erst hierdurch festigt sich das Abstinenzverhalten und rückfallkritische Situationen können bewältigt werden.

Spezifische Maßnahmen, die zu diesem Muster gehören, sind Unterstützung im Rahmen des Kurses und hier insb. in Form des Austausches mit den anderen Kursteilnehmenden sowie die Begleitung

durch die Kursleitung. Einen Schutzraum stellt auch der Wegfall der Alltagsroutinen, die mit dem Tabakkonsum assoziiert sind, dar. Der Rauchstopp wird daher gezielt z.B. im Urlaub mit nichtrauchenden Freund*innen und in einer Umgebung mit weiten Wegen zum nächsten Zigarettenautomaten vorgenommen. Bei der Bewältigung des Rauchverlangens kommen kognitive Techniken und Techniken der Selbstinstruktion zum Einsatz. Erst wenn die erste schwierige Ausstiegsphase bewältigt wird, können stufenweise weitere rückfallkritische Situationen gemeistert werden.

Während zu Beginn vor allem defensive Strategien eingesetzt werden, werden im Laufe des Ausstiegsprozesses offensive Strategien genutzt.

8.4.5 TYPUS 5: SÜCHTIGE

Im Vordergrund stehen hier das Erleben von Ohnmacht gegenüber dem Verlangen zu rauchen und geringes Vertrauen in die eigene Abstinenzfähigkeit. Dieser Typus zeichnet sich durch eine durchgängig niedrige individualisierte Agentivität aus. Die Interviewpersonen orientieren sich an Normen und Erwartungen, denen sie meinen entsprechen zu müssen. Demgegenüber wird die Abhängigkeit als hoch agentiv konstruiert. Deutlich wird außerdem eine große Zerrissenheit zwischen dem Anspruch, nicht mehr zu rauchen, und dem Wunsch, den Konsum fortzusetzen. Die Aufhörstrategien richten sich in erster Linie auf externe Ressourcen und Hilfsmittel. Die Strategien werden daher als eher defensiv eingeordnet.

Zugeordnet sind zwei selbstständig Aufhörende sowie eine Kursteilnehmerin; sie sind weiblich und 26, 32 und 46 Jahre alt.

S_W1_32: „ICH WILL, ICH WILL, ICH MUSS ES.“

Zur Person: Die Interviewperson ist weiblich, 32 Jahre alt, vollzeiterwerbstätig in der Kosmetikbranche, hat einen Partner, mit sie nicht zusammenlebt; sie hat einen türkischen Migrationshintergrund.

Rauchgeschichte: Im Alter von 13 Jahren beginnt sie mit dem Rauchen und konsumiert täglich etwa 20 Zigaretten. Ihre Abhängigkeit liegt laut Fagerström-Test im mittleren Bereich (5 Punkte). Die Erzählerin hat in der Vergangenheit bereits ein Mal versucht, das Rauchen aufzugeben. Den aktuellen Tabakausstieg unternimmt sie selbstständig und nutzt hierfür eine Reihe von Hilfsmitteln. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie seit ca. 2,5 Wochen rauchfrei.

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Den Tabakkonsum beschreibt die Interviewte als Bestandteil alltäglicher Routinen. Im beruflichen Alltag dient das Rauchen v.a. der Bewältigung von Stress; das Rauchen in ihrer Freizeit schildert die Erzählerin als Bestandteil angenehmer Situationen (*„So beim Schminken zum Beispiel oder beim Kaffee morgens oder abends vorm Schlafen*

oder vorm Fernseher“, 56). Auch Freizeitaktivitäten mit Freundinnen sind sehr stark assoziiert mit Tabakkonsum.

Aufhörmotivation: Mit den ersten Sätzen positioniert die Erzählerin ihren Partner als denjenigen, von dem die Initiative für ihren Rauchstopp ausgeht. Ihre Motivation zum Ausstieg besteht darin, dass sie den Wünschen des Partners entsprechen möchte und seine Perspektive auf ihren Körper als „unrein“ angesichts einer eventuellen späteren Schwangerschaft übernimmt.

„Also mein Freund ist Nichtraucher. Der möchte das absolut nicht, weil wir halt nächstes oder übernächstes heiraten, dass wir dann in Kinderplanung gehen wollen und dass ich vorher dann ein bißchen gereinigt bin von Giftstoffen. Halt wenn ich nämlich jetzt direkt zum Beispiel aufhören würde und schwanger werden sollte, dann habe ich ja wieder nen Entzug während der Schwangerschaft. Das will er halt absolut nicht. Sonst hätte ich glaube ich auch nicht aufgehört, muss ich ganz ehrlich zu mir selber auch. Es ist sehr, sehr, sehr schwer.“ (40)

Im weiteren Verlauf des Interviews entwirft die Erzählerin zwei gegensätzliche Welten: die des Rauchens und die des Nichtrauchens. Diese beiden Szenarien stehen zwar gleichwertig nebeneinander, sind jedoch mit unterschiedlichen Qualitäten und Emotionen verbunden. Das Rauchen ist mit emotionalen, sozialen Motiven wie Spaß, Genuss, positiven Situationen wie Ausgehen mit den Freundinnen, Zeit für sich selbst, Muße, Entspannung und Verbundenheit assoziiert. Argumente für das Nichtrauchen sind eher kognitiv und negativ konnotiert wie Zwänge und Normen, gesellschaftliche Ansprüche und Erwartungen. Die Erzählerin wechselt im Verlauf des Interviews kontinuierlich zwischen diesen beiden Welten. Auf ein Plädoyer für das Nichtrauchen, das sie mit Argumenten untermauert, folgen dann im Gegenzug Äußerungen, die die positive Seite des Rauchens und ihre Freude daran betonen. Sie verortet sich genau dazwischen: „Ich denke immer noch ich rauche, aber ich darf nicht rauchen“ (266). Deutlich wird ihre Zerrissenheit zwischen der Rigidität der Moralvorstellungen und Anforderungen einerseits und ihren Wünschen andererseits. Eine eigene Motivation, losgelöst von den Wünschen des Partners, ist nicht erkennbar. Im Gegenteil argumentiert sie, dass sie doch auch noch später aufhören könne zu rauchen, wenn der Kinderwunsch konkreter würde, denn zeitlich sind sowohl Heirat als auch Schwangerschaft vage in den kommenden zwei Jahren verortet. Das weitgehende Fehlen einer intrinsischen Motivation erschwert ihr den Ausstieg, worüber die Erzählerin keine Eigenreflektion hat („Ich will, ich will, ich muss es. Auf der einen Seite von mir will es überhaupt nicht.“, 465).

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg in den Tabakkonsum: Den Einstieg in den Tabakkonsum im jugendlichen Alter schildert die Erzählerin als eine Mischung von Handlungsmacht. Sie stellt sich zwar als Handelnde in den Mittelpunkt, schildert aber gleichzeitig die Freundin, die nicht nur Zigaretten besitzt, sondern ihr das Rauchen beibringt, als die Aktive. In der weiteren Darstellung steht das gemeinsame Handeln im

Vordergrund. Weitere Schritte des Einstiegs werden nicht thematisiert und der Übergang zum regelmäßigen Rauchen scheint unmittelbar zu erfolgen. Es fällt auf, dass keine Auseinandersetzung mit körperlichen Reaktionen oder Zweifel an der Fortsetzung des Konsums beschrieben wird. Die Habitualisierung des Rauchens wird durch den Besitz eigener Zigaretten markiert.

„Ich hab ja auch damals durch ne Freundin angeru- äh- angefangen. Das war in der fünften oder sechsten Klasse. Dann hat die ne Packung dabei gehabt und ich sollte eine anzünden. Und dann meinte die ‚Du mußt REINziehen, REINziehen, REINziehen‘. Ne, und dann haben wir eine Packung geraucht und dann haben wir die immer in der Schule versteckt und dann haben wir die immer in der SCHULE geraucht und dann auf dem RÜCKweg und dann haben wir uns dann gewaschen, gewaschen, Zähne geputzt (3) (...) Dann später so siebte, achte Klasse hatte ich richtig ne Packung, glaube ich. So= erst war das ja mit dem Teilen, ne. Dann war ne richtige Packung. (5)“ (178-182)

Retrospektiv bewertet die Erzählerin ihren Einstieg als vor allem in der mit dem jugendlichen Alter verbundenen Unbedarftheit und Unkenntnis der Konsequenzen begründet.

„Weil man sich nicht im Klaren ist, find ich, wenn man klein ist und jung ist, dass das- wenn ich damals gewusst hätte, dass das so viel kosten wird irgendwann mal.“ (283-284)

Frühere Aufhörversuche: Bei früheren Aufhörversuchen wählt die Erzählerin die Strategie der Reduktion und des stufenweisen Ausstiegs. Sowohl die quantitative Einschränkung als auch der Umstieg auf leichtere Zigaretten funktionieren gut, werden von der Erzählerin retrospektiv jedoch als ineffektiv beurteilt, da die Entscheidung zum Ausstieg nicht in aller Konsequenz getroffen wird.

„Oder eine Zeitlang, was hab ich gemacht um aufzuhören, Slimline hab ich mir geholt. Diese GANZ dünnen. Dann hab ich- obwohl letztes Mal wo ich aufgehört habe, hab ich mit den Nikotin- da hab ich mir die Packung so aufgeteilt, dass ich weniger rauche. Dann hab ich mir zum Beispiel gesagt: So, heute darfst du nur ZEHN. Da hab ich jeden Tag zehn geraucht und dann hab ich wieder runtergesetzt auf FÜNF. (2) Ne? So langsam, langsam und ich dann WIRKLICH auch von Marlboro auf Marlboro LIGHT und dann hab ich von Marlboro light auf R1 geraucht. Und so langsam, langsam hab ich das gemacht. (2) Das ist auch nicht schlecht. (2) Aber am besten GANZ- Packung in die Ecke zu schmeißen und sagen: So, jetzt reichts. Das andere ist ja auch Betrug irgendwo.“ (313)

Als sie bei ihrem letzten Ausstieg rückfällig wird, gesteht sie ihrem sozialen Umfeld und sich selbst nicht ein, dass sie wieder mit dem Rauchen begonnen hat.

In den verschiedenen Phasen – Einstieg, frühere Aufhörversuche, aktueller Rauchstopp - agentiviert die Erzählerin v.a. andere Personen ihres sozialen Umfelds. In der Einstiegsphase ist es die Freundin, die sie verantwortlich für ihren Tabakkonsum macht, in der zurückliegenden und aktuellen Phase der Beziehungspartner, der wünscht, dass sie aufhört zu rauchen. Ihre eigene Handlungsmacht tritt dahinter zurück, ist eingeschränkt und reaktiv.

Aktueller Rauchstopp: Bezogen auf ihren aktuellen Rauchstopp konstruiert sich die Erzählerin schutzbedürftig, vulnerabel und weitgehend hilflos gegenüber rückfallkritischen Situationen.

Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen: Die Entstehung der Abhängigkeit wird intrapersonellen Faktoren zugeschrieben. So wird die vermeintlich höhere Emotionalität von Frauen als gegenüber Männern geringere Fähigkeit, Bindungen zu lösen und liebgewonnene Gewohnheiten zu verändern, konstruiert. Diese Verbundenheit wird als naturgegeben und assoziiert mit dem biologischen Geschlecht beschrieben.

„Und Frauen haben mehr Gefühle, die sind viel emotionaler, ne? So - ah- das ist ja genauso wenn- auch mit Emotionen- n Mann kann sich eher von was trennen, weil die emotionslos sind und Frauen haben VIEL zu sehr Emotionen. Die- ich find das ist auch so wie- was hab ich letztens zu meinem Freund gesagt?- mein BABY fehlt mir. Das hab ich zu ner Zigarette gesagt, ne? Das ist dann wie so´n- das FEHLT dir dann einfach. Frau- äh- zum Beispiel n Mann kann eher sein Kind verlassen, weil er keine Emotionen und Gefühle- natürlich haben die Emotionen und Gefühle- aber NICHT so stark wie ne Frau. Das GEHT gar nicht von der Natur aus. Deshalb find ich können Frauen weniger was loslassen wie Männer (2) wenn sie an was gebunden sind.“ (33)

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Der Ausstieg wird als schwierig und sehr belastend erlebt. Auch in dieser Konstruktion spielt die Willenskraft eine wichtige Rolle: Ist sie in ausreichendem Maß vorhanden, so ist auch Abstinenzfähigkeit gegeben; der Vorgang wird als mechanistisch und automatisch ohne erkennbare Agentivität beschrieben.

„Das muss im KOPF klick machen. Ich finde, es hilft GAR nichts, außer jetzt Nikotinpflaster, weil der Körper ja Nikotin braucht, ne? (2) Für Entzugserscheinungen wirklich, aber ansonsten- find ich, muss das im KOPF erstmal- wenn man sagt: Ich will ECHT nicht mehr, dann macht man das auch automatisch nicht. (...) Man muss das ECHT nicht wollen, dann raucht man auch nicht.“ (254-256)

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Die Abhängigkeit wird als Übermacht erlebt; sämtliche Handlungsmacht wird der Zigarette zugeschrieben:

„Ich finde das so krass, dass das einen so- einen so in der Hand hat so ne Zigarette. DAS find ich sehr schlimm. Normal wenn man sagt: ‚Nein‘ NEIN. Die Zigarette hat richtig einen- Macht über einen, find ich, wenn man abhängig ist. Ich bezeichne mich auf jedenfalls als abhängig.“ (253)

Beziehung zur Zigarette: Den eher mit dem Verlust der Selbststeuerung assoziierten und daher negativ konnotierten Auswirkungen der Abhängigkeit wird ein Bild der positiv gefüllten Bezogenheit gegenübergestellt.

„Es geht nicht mal um die Zigarette; es geht einfach um den Bezug zur Zigarette. Man entwickelt ja ne Bindung, glaub ich, irgendwie zu der Zigarette. Es geht nicht mal um das Verlangen oder so, einfach diese Bindung von Hand zu Mund.“ (137)

Die Zigarette wird personifiziert; die Beziehung ist emotional. Die Bezeichnung als „mein Baby“ (322) illustriert die subjektiv empfundene hohe Verbundenheit und Innigkeit.

Aufhörstrategien: Zentrale Hilfsmittel für den Ausstieg sind Nikotinpflaster. Die Erzählerin orientiert sich außerdem auf einen gesundheitsförderlichen Lebensstil und will sich „was Gutes tun“ (156), indem sie Säfte, Tees und Nahrungsergänzungsmittel kauft. Sie scheint damit eher ein Konzept zu

verfolgen, denn einen konkreten Nutzen damit zu verbinden: *„Hab ich alles noch nicht angepackt. Steht alles in der Ecke und wartet auf mich.“* (156). Wichtig ist außerdem, sich weitgehend aus den Kontakten zu ihren rauchenden Freundinnen zurückzuziehen und auf diese Weise rückfallkritische Situationen zu vermeiden. Situationsspezifische Strategien berichtet die Erzählerin nicht.

Soziales Umfeld: Zentrale Akteure ihres sozialen Umfeldes sind der Partner und die Freundinnen. Von den Freundinnen hat sich die Erzählerin weitgehend zurückgezogen, da diese sehr stark mit Rauchen und daher rückfallkritischen Situationen assoziiert sind. Sie stellen für ihren Ausstieg also weniger eine Ressource denn eine Gefahr für die Aufrechterhaltung ihrer Abstinenz dar.

„Ich treffe mich jetzt in letzter Zeit GAR nicht mit meinen Freundinnen. (...) Meine Versuchung wär viel zu groß wieder mit denen eine zu rauchen. Dann würd's ja wieder heimlich.“ (124-129)

Diese Passage verdeutlicht, dass die Erzählerin wenig Vertrauen in ihre eigene Abstinenzfähigkeit hat. Umso wichtiger wird der Freund, von dem nicht nur die Motivation für ihren Rauchstopp ausgeht, sondern den sie zum Wächter ihrer Abstinenz erklärt. Er *„macht Druck“* und kontrolliert sie, was sie positiv bewertet, da sie sonst weiterrauchen würde (*„Da muss einer Druck hintermachen, sondern würde ich NIE:MALS aufhören. NIE! NIE im Leben!“*, 242).

S_w12_26: „Ich bin in einem ständigen Aufhörprozess.“

Zur Person: Die Interviewperson ist weiblich, 26 Jahre alt, Studentin und jobbt neben dem Studium. Mit 34 Minuten Dauer ist dieses das kürzeste Interview.

Rauchgeschichte: Im Alter von etwa 13 Jahren beginnt sie mit dem Rauchen und unternimmt seither zahlreiche Aufhörversuche. Die Abstinenzzeiten reichen von wenigen Tagen bis zu sechs Monaten. Ihr täglicher Konsum beträgt bis zu zehn Zigaretten. Laut Fagerström-Test ist ihre Abhängigkeit sehr gering (1 Punkt).

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Der Tabakkonsum dient vor allem der Entspannung und der Pausengestaltung im Arbeitsalltag. Rauchen passt zu jeder Situation, wird zur Bewältigung verschiedener Belastungen genutzt und mit unterschiedlichen emotionalen Zuständen verbunden (*„Weil ich genervt bin, weil ich ärgerlich bin oder wenn ich mich freue rauche ich auch. Finde ich auch super.“*, 83).

Aufhormotivation: Die Erzählerin bezeichnet sich selbst als in einem beständigen Aufhörprozess befindlich. So wechseln sich Phasen des Rauchens mit solchen des Nichtrauchens ab, so dass sie nach ihrer Einschätzung jeweils die Hälfte der Zeit raucht bzw. nicht raucht. Eine Motivation für den dauerhaften Ausstieg ist nicht erkennbar, hingegen berichtet die Erzählerin von konkreten Anreizen wie an einem sportlichen Wettkampf teilnehmen zu wollen, die ihr die nötige Motivation geben, das Rau-

chen vorübergehend einzustellen. Diese phasenweisen Ausstiege sind vor allem gesundheitlich motiviert und haben zum Ziel, ihre Kondition zu verbessern. Die Äußerungen lassen den Schluss zu, dass die Erzählerin ihren Tabakkonsum grundsätzlich akzeptiert.

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Die Erzählerin versprachlicht den Einstieg in den Tabakkonsum als Aktivität und führt keine anderen Handlungsmächte an. Auffällig ist dann der Wechsel zur passiven Agentivität ab dem Zeitpunkt des habitualisierten Rauchens.

„Also ich rauche schon ziemlich lange für mein Alter. Ich habe mit dreizehn, glaube ich, das erste Mal geraucht und ja, so mit fünfzehn hing ich dann dran. Das ist schon früh, finde ich, und ja jetzt seit ich achtzehn, neunzehn bin, versuche ich immer wieder aufzuhören und das sind jetzt auch schon mal so sieben Jahre. Und ja, es zieht sich so durch.“ (30)

Das Rauchen ist außerdem damit verbunden, sich über elterliche Verbote hinwegzusetzen und ihre Autonomie und Handlungsmacht unter Beweis zu stellen. Das abhängigkeitsbezogene Dilemma bringt die Erzählerin im folgenden Zitat auf den Punkt:

„Für mich war es irgendwie so ein wie so ein Ausbruch, ne? So ich bin jetzt groß. Ich kann das entscheiden. Ich kann das machen, wenn ich will. Ja und dann irgendwie steht man da und kann nicht mehr aufhören.“ (100)

Frühere Aufhörversuche/ aktueller Rauchstopp: Da die Übergänge zwischen früheren und aktuellen Ausstiegsversuchen fließend sind, kann hier keine Differenzierung in der Darstellung vorgenommen werden. In rückfallkritischen Situationen kann die Erzählerin ihr Abstinenzvorhaben nicht aufrechterhalten und wird rückfällig.

„Bier und Zigaretten ist auch ganz schlimm. Und so (1) ja (1) fang ich dann immer wieder an. (...) Ja oder Stress (1) also ich werde unausstehlich, wenn ich nicht rauche. (1) Für ungefähr (1) sechs Wochen (1) kann man mich mit der Kneifzange nicht anfassen. Da (1) bin ich ganz extrem reizbar, wenn ich aufhöre und (1) dann kann es auch einfach sein, dass ich wieder anfange zu rauchen einfach nur, (1) weil ich weiß, dass ich da tatsächlich entspannter bin, (1) mich nicht so schnell streite und solche Sachen.“ (33-37)

Die Erzählerin schildert, dass insbesondere der Zugriff auf Zigaretten ein hohes Rückfallrisiko bildet. Sie vergleicht sich mit kleinen Kindern, die über wenig Selbstkontrolle verfügen, und konstruiert sich auf diese Weise eingeschränkt verantwortlich für ihr Handeln und ihren Rückfall.

„Ja (1) dann STEHT man da und an der Kasse ist es halt-, <<weiß ich>> mit kleinen Kindern funktioniert es ja genauso, wenn dann da die Überraschungseier (1) stehen, dann möchten die AUCH ein Überraschungsei und ich möchte dann halt eine Schachtel Zigaretten. Ja.“ (47)

Nachdem ihr die Abstinenz für einige Tage gelungen ist, kommt es dadurch zu Rückfällen, dass sie ihre Konsumkompetenz überschätzt und auf diese Weise ihre Konsumgewohnheiten wieder aufnimmt.

„Nach drei Tagen passiert es, dass ich dass ich wieder anfangen, wo ich dann denke: ach, eine kannst du ja.“ (33)

Der permanente Wechsel von Rauchen und Nichtrauchen und das damit verbundene Erleben des Scheiterns des Abstinenzvorhabens führen dazu, dass das Vertrauen in ihre Abstinenzfähigkeit kontinuierlich abnimmt (*„Je öfter ich versuche aufzuhören, desto weniger glaube ich daran, dass ich es wirklich schaffe.“* 79). Die Interviewte löst diesen Konflikt mit einem Perspektivwechsel, indem sie jede Abstinenzphase positiv und als Erfolg bewertet, wie das folgende Zitat zeigt:

„Aber trotzdem bin ich jedes Mal, wenn ich dann wieder anfangen zu rauchen, weniger frustriert, weil ich ja weiß, letztes Mal hat es auch nicht geklappt und dann hast du auch wieder geschafft, für einen Monat aufzuhören. (...) Immer mal wieder aufhören ist super und immer wieder anfangen ist nicht schlimm, solange der nächste Aufhörversuch dann auch irgendwann kommt.“ (79)

Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen und Einstellungen: Die Erzählerin erklärt die mangelnde Kontrolle über ihr Verhalten, die zu permanenten Rückfällen führt, mit ihrer Persönlichkeitsstruktur. Persönlichkeitseigenschaften wie ihre Affinität zu süchtigen Verhaltensweisen und zum Konsum von Substanzen mit sedierender Wirkung dienen als Erklärung und Legitimation für den Konsum (*„Ich bin so eine Suchtziege.“*, 61).

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Da das Rauchverlangen von der Erzählerin nur schlecht kontrolliert werden kann, kann der Ausstieg nur dann gelingen, wenn der Zugriff auf Zigaretten erschwert ist, eine belastungsarme Phase vor ihr liegt oder bestimmte Anreize wie die Teilnahme an einem sportlichen Wettkampf eine intrinsische Motivation erzeugen.

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: Die Erzählerin konstruiert sich als nur sehr eingeschränkt handlungsmächtig gegenüber dem Verlangen zu rauchen. Die Äußerungen deuten jedoch darauf hin, dass die Erzählerin ihre Abhängigkeit eher akzeptiert als problematisiert.

Beziehung zur Zigarette: Entsprechend ist die Beziehung zur Zigarette wenig problematisiert. Die Zigarette bzw. das Rauchen wird eher positiv besetzt als Symbol für Autonomie wie z.B. das Aufbegehren gegen elterliche Ratschläge.

Aufhörstrategien: Als Zeitpunkte für die Ausstiegsversuche wählt die Erzählerin Phasen, in denen sie wenig belastet ist. Sie raucht dann am Vortag des geplanten Rauchstopps die verbliebenen Zigaretten auf, denn Zigaretten im Zugriff zu haben, erhöht die Gefahr des Rückfalls. Die letzte Zigarette wird dann besonders *„schnell und eklig“* (77) geraucht, damit das Verlangen zu rauchen nicht so schnell wieder präsent ist.

Die Erzählerin ist v.a. darauf orientiert, das Rauchen zu unterlassen (*„Dann ist die eigentliche Herausforderung, keine [Zigaretten] mehr zu kaufen.“*, 41). Gezielte Strategien, dem Rauchverlangen zu begegnen und rückfallkritische Situationen aktiv zu gestalten, berichtet sie hingegen nicht. Die Aktivitäts-

ten, die sie zur Ablenkung nutzt wie Stricken, Lesen, Laufen sind letztlich wenig tauglich, da sie diese als Ablenkungsmanöver abwertet und der eigentliche Wunsch zu rauchen bestehen bleibt.

Soziales Umfeld: In ihrem sozialen Umfeld sind v.a. die Eltern bzw. der Vater derjenige, der sie drängt, mit dem Rauchen aufzuhören und immer wieder nachfragt. Dies ist für die Erzählerin wenig hilfreich und löst im Gegenteil Widerstand gegen die elterliche Intervention aus.

Rauchen steht für die Erzählerin in keinem spezifischen sozialen Kontext. Zu Beginn ist der Konsum zwar in soziale Situationen eingebettet, inzwischen definiert sie ihren Tabakkonsum und ihren Wunsch zu rauchen als eigenständig und unabhängig von sozialen Beziehungen.

K_w5_46: „Der Kurs ist für mich der einzige Weg.“

Zur Person: Die Erzählerin ist weiblich, 46 Jahre alt, ledig, kinderlos, alleinlebend und vollzeiterwerbstätig im öffentlichen Dienst.

Rauchgeschichte: Im Alter von 12 bis 13 Jahren beginnt sie mit dem Rauchen und konsumiert täglich ca. 12 Zigaretten. Ihre Abhängigkeit liegt laut Fagerström-Test im mittleren Bereich (6 Punkte). Den jetzigen Ausstieg unternimmt sie mithilfe eines Entwöhnungskurses, der Rauchstopp liegt zum Zeitpunkt des Interviews ca. eine Woche zurück.

Bisherige Rauchgewohnheiten und Funktion des Rauchens: Der Tabakkonsum hilft der Erzählerin vor allem bei der emotionalen Bewältigung des Lebensalltags und der Strukturierung des Tages.

„Also MORgens ist alles um die Zigarette, die noch geraucht werden kann- gut auf der Arbeit geh ich- früher hab ich nur mittags geraucht, jetzt rauch- also JETZT im Moment natürlich nicht, aber sonst jetzt rauch ich dann morgens, ne, das ist so nachm Frühstück da und dann wird geraucht und DANN kann ich erst wieder weiterarbeiten. Obwohl das Blödsinn ist, aber da wird dann ALLES drumRUM, ne, wenn man sich AUFregt, wenn es einem LANGweilig ist, man kann das ALLES- der ganze Tag ist mit Zigaretten ausgefüllt.“ (63)

Aufhörtmotivation: Durch das ganze Interview zieht sich die Thematisierung von Scham- und Minderwertigkeitsgefühlen angesichts ihrer Abhängigkeit. Der Rauchausstieg ist motiviert von den Ansprüchen an sich selbst, ein suchtfreies Leben zu führen, von gesundheitlichen Aspekten und der Befürchtung, dass sich bereits bestehende körperliche Symptome verstärken. Im weiteren Verlauf des Interviews erzählt die Interviewperson von ihrem Wunsch nach einer Partnerschaft und es wird deutlich, dass ihr Tabakkonsum zwischen ihr und dem ersehnten Partner steht. Sie möchte keinen rauchenden Partner und meint, dass die Männer ebenfalls eine*n nichtrauchende*n Partner*in bevorzugen und sich von ihr als Raucherin distanzieren. Mit dem Rauchstopp möchte sie ihre eigene, durch das Rauchen eingeschränkte Attraktivität erhöhen.

„Ich krieg dann schon mit, dass Männer dann so, wenn ich eine Zigarette anmache, sich dann auch ein bißchen abgrenzen. Ich glaube nicht, dass ich mir das einbilde. Ich glaube, dass dass

die Leute dann schon drauf achten, dass man schon drauf achtet. Ich achte ja auch drauf. Dass das gar nicht cool ist, sondern dass es eher so abstoßend ist.“ (327)

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Das erste Ausprobieren und heimliche Rauchen erfolgt im jugendlichen Alter mit Mitschüler*innen. Die Erzählerin bezieht sich hier v.a. auf die kollektive Agentivität und unterstreicht damit die Normativität jugendlichen Rauchens als Möglichkeit, sich über elterliche Verbote hinwegzusetzen. Der Erwerb von Tabakwaren markiert auch hier die Habitualisierung des Rauchens.

„In der Schule haben wir immer auf dem Klo geraucht. Da war das so’n Zusammengehörigkeit- und was weiss ICh- und- ja- ich weiss gar nicht mehr. Aber irgendwann, ich weiß, dass ich mit fünfzehn da hab ich mir schon selbst Tabak gekauft. Natürlich alles heimlich, aber das weiß ich, dass ich da schon mir gekauft hab und ja, dann gehört das immer dazu.“ (148)

Die Erzählerin äußert sich in diesem Zusammenhang kritisch gegenüber Institutionen, die sie in der Verantwortung sieht, den Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern. Sie formuliert Enttäuschung und Ärger darüber, dass der notwendige Schutz der Schülerinnen durch z.B. Verbote ausgeblieben ist und unterstreicht damit die eingeschränkte Handlungsmacht und Schutzbedürftigkeit des Jugendalters:

„Ich ärgere mich heute schon darüber, dass unsere Lehrer nicht mehr aufgepasst haben (...) also weil es wäre auch ein Schutz für UNS gewesen.“ (446-450)

Frühere Aufhörversuche: Auch bei der Schilderung eines früheren Aufhörversuchs konstruiert sich die Erzählerin als eingeschränkt handlungsmächtig gegenüber der Abhängigkeit. Während sie den Entwöhnungskurs als Instrument für den Ausstieg nutzen und die Abstinenz zunächst zwei Jahre lang aufrechterhalten kann, wird sie in einer emotional belastenden Situation rückfällig. Dieser einmalige Rückfall führt dazu, dass es ihr nicht möglich ist, ihre Abstinenz wieder aufzunehmen. Den Wiedereinstieg in das regelmäßige Rauchen erklärt sie mit der Eigendynamik der Abhängigkeit.

„Hab mit dem Kurs mal aufgehört für zwei Jahre und hab dann ich den Fehler begangen wieder eine Zigarette zu rauchen und dann geht das ganz schnell (.) das ist- JA- das ist Sucht.“ (33)

Für ihre ineffektive Handlungsmacht agentiviert sie äußere Umstände (strukturelle Agentivität) sowie die Abhängigkeit selbst. Sie versprachlicht diesen Wiedereinstieg ins Rauchen als aufeinanderfolgende Schritte von erst gelegentlichem Rauchen, dann vermehrtem Rauchen bis hin zum Kauf von Zigaretten, der zum regelmäßigen Konsum führt, den sie nicht mehr steuern kann.

„Aber ich hab in ner Situation dann angefangen wo es mir GANZ GANZ schlecht ging und da hatte ich leider Zigaretten zur Verfügung und dann hab ich erst EINE geraucht, hab ich auch wieder aufgehört und beim nächsten Mal wie es mir dann so schlecht ging, da hab ich dann direkt zwei auf einmal geraucht und da war Ende. Dann fängt man wieder an zu qu- dann will man nicht schnorren- dann fängt man wieder an, sich welche zu kaufen, und das ging ruck zuck. Dann ist auch wieder der ganze Tag belegt. Geht ganz schnell.“ (162)

Aktueller Rauchstopp: Da sie sich den kompletten Rauchstopp nicht vorstellen kann, kommt für die Erzählerin ausschließlich die stufenweise Reduktion in Frage. Nur mit der Orientierung auf die nächste Möglichkeit zu rauchen gelingt es ihr, rauchfreie Phasen von mehreren Stunden durchzuhalten.

„Es ist jetzt nur so bis morgen. Morgen FRÜH darfst du wieder rauchen.“ (144)

Besonders schwierig sind für sie Situationen, in denen sie sich ohnmächtig gegenüber dem Rauchverlangen fühlt. Die Erzählerin beschreibt den Rückfall als Verlust ihrer Verhaltenskontrolle und als einen automatischen Vorgang mit anonymer Agentivität.

„Ich fang dann an, ne, dass ich noch ganz ruhig bin ((lacht)) und dann baut sich das so langsam mit der Zeit auf und je MEHR ich dann darüber nachdenke, dass ich mir jetzt Zigaretten kaufen könnte, desto MEHR kommt das einfach, ne.“ (53)

„Und dann KREIS ich und dann fang ich schon wieder- ich kann das GAR nicht genau beschreiben und dann KREIS ich immer darum, ne: WIE das jetzt wär und dann kann ich irgendwann NICHTS anderes mehr denken und NICHTS anderes mehr machen, wie dann aufzustehen, ans Büdchen zu gehen und Zigaretten zu kaufen, mich dann hinterher SCHWARZ zu ärgern.“ (131)

Die Erzählerin sieht zwar die Notwendigkeit, diesen Automatismus zu durchbrechen und Kontrolle über diesen Prozess zu gewinnen. Wie ihr das gelingen könnte und welche Strategien sie diesem Ziel näherbringen könnten, bleibt undeutlich.

„Da muss ich noch den Knopf umdrehen. So also, wenn ich so anfange zu kreisen darum: wie wär das jetzt, musste jetzt noch SO viele Stunden ohne- ne und kannst dir auch diesen letzten Kick- ‚Du kriegst NIE wieder ne Zigarette‘, ne.“ (137)

Abhängigkeitsbezogene Einstellungen und Überzeugungen: Als unveränderlicher Faktor werden Prägnungen aus der Kernfamilie angeführt. Die suchtbelastete Herkunftsfamilie stellt eine Belastung dar, die die eigene Resilienz mindert und das Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit erhöht.

„Ich komm aus einer Suchtfamilie. Das ist natürlich auch eine Sache. Das (2) da kann man sich wehren wie man will, aber ich denke so Strukturen, die kriegt man einfach MIT.“ (206)

Abhängigkeit wird als persistierend und unüberwindbar konstruiert. Auch wenn die Abstinenz gelingt, so bleiben das Risiko des Rückfalls und der drohende Verlust der Abstinenzfähigkeit bestehen und jeder Rückfall bahnt den kurzen Weg in die Wiederaufnahme alter Konsumgewohnheiten („Die Abhängigkeit ist ja immer da“, 206).

Ausstiegsbezogene Überzeugungen: Die Entscheidung zum Ausstieg und die Abstinenzabsicht sind aus Sicht der Erzählerin zwar eine wichtige Voraussetzung für den Ausstiegsversuch, sie ersparen jedoch nicht die Auseinandersetzung mit schwierigen Gefühlen und Situationen des Ausstiegsprozesses.

„Also wenn man so sagt: so ich muss jetzt so willensstark sein. DAS HILFT nicht viel. Also das-man sagt ja so, ne: wenn man das WILL, dann schafft man das. Das IST nicht so. Man muss da WIRKLICH durch.“ (194)

Subjektives Erleben der Abhängigkeit: In dieser Konstruktion führt die Abhängigkeit in bestimmten Situationen zum Kontrollverlust über das eigene Verhalten. Außerdem zeigt die Erzählerin Verhaltensweisen, die nicht zu ihrem normalen Verhaltensrepertoire gehören, die sie ablehnt und so zur Selbststigmatisierung führen.

„Ich hatte immer Zigaretten zu Hause oder in der Tasche und dann geht man auch abends ans Büdchen und- würd man für nichts anderes tun, aber für Zigaretten macht man das. (...) Oder ich- was ich jetzt gebracht habe: Ich bin zu ner Nachbarin gegangen und hab gefragt, ob sie noch ne Zigarette für mich hat. Also da würd ich nicht für Zucker oder irgendwas hingehen, ne, aber für Zigaretten. (...) Ist ja nur peinlich, ne. Schon jemanden an der Straße: ‚Haben Sie mal Feuer für mich‘, ne. Für nix anderes würd ich die Leute ansprechen.“ (33; 57; 61)

Beziehung zur Zigarette: Die Zigarette wird als Helferin und Trösterin in schwierigen Situationen agentiviert; sie kann als Hilfsmittel für jeden Gefühlszustand und in verschiedenen Situationen positiv eingesetzt werden.

„Wenn dann irgendwas passiert, man regt sich auf, dann braucht man doch ne Zigarette (...) oder wenn man müde ist, braucht man auch ne Zigarette, um wieder nach oben zu kommen. Also, die Zigarette kann einem über jede Situation hinweghelfen.“ (67-69)

Die Zigarette wird personifiziert als Begleiterin und Beschützerin, die Struktur und Halt gibt. Im Ergebnis wird die Zigarette bzw. die Abhängigkeit als Lebensinhalt erlebt. Die Handlungsmacht in dieser Entwicklung wird teilweise der eigenen Person zugeschrieben, jedoch mit erlaubniserteilenden Kognitionen der Habitualisierung und der Agentivität der Zigarette bzw. der Abhängigkeit legitimiert.

„Und es ist ja auch was Liebgewonnenes, ne. Man fühlt sich da sicher. Man fühlt sich – und es ist ja auch ganz klar, dass es Glückshormone sind, ne, die man braucht und die Sucht sagt einem ja auch: Du hast ja sonst nix im Leben. Also ich übertreib jetzt, aber es ist so. (...) Du hast ja sonst nix und dann haste wenigstens die Zigaretten. Da kannst Du Dich immer wieder drauf freuen und man teilt den Tag damit ein und so, ne.“ (117)

„Wenn man sich jede Lebenssituation damit ausgefüllt hat (2) die Zigarette oder man erzählt sich ja selbst man hat ja gar keine Freude sonst im Leben.“ (405)

Diese Konstruktion führt zu einer starken emotionalen Bindung, die aber auch ambivalent ist: So ist der Tabakkonsum einerseits „Lebensinhalt“ und andererseits verbunden mit Kontrollverlust, Isolation, Scham und hindert daran, erfüllende soziale Kontakte zu erleben.

Aufhörstrategien: Neben dem Besuch des Kurses sind die zentralen Strategien der Erzählerin sich abzulenken und ihre Wohnung rauchfrei zu gestalten. Rückfallkritischen Momenten begegnet sie mit wenig spezifischen Strategien, sondern eher mit einer passiven Handlungsmacht wie das folgende Zitat zeigt:

„Man muss halt immer abwarten bis das wieder vorbeigeht.“ (350)

Soziales Umfeld: Die Erzählerin beschreibt ihr soziales Umfeld als von Nichtraucher*innen dominiert und sie fühlt sich eher als Außenseiterin bzw. spürt Ablehnung und Distanz aufgrund ihres Tabak-

konsums, die sie auch selbst herstellt. Da es ihr „*peinlich*“ ist, abhängig zu sein, versucht sie ihren Tabakkonsum so weit wie möglich zu verheimlichen.

„Dann raucht man eine, geh ich dann, wenn ich hier Besuch hab, geh ich dann Zähne putzen oder irgendwie so was, um das irgendwie zu kaschieren.“ (178)

Die Erzählerin bewegt sich in buddhistischen Kreisen und unter Menschen, die wie sie selbst um ihre spirituelle Entwicklung bemüht sind. Mit diesen Bestrebungen ist Abhängigkeit verstanden als Schwäche aus Sicht der Erzählerin nicht kompatibel. Sie fühlt sich ausgegrenzt bzw. konstruiert mit der Selbststigmatisierung eine Situation, in der sie ihre Abhängigkeit verheimlichen und sich ständig zwischen der Abhängigkeit und dem Zusammensein mit anderen Menschen entscheiden muss. Mit ihrer Selbststigmatisierung nimmt sie eine mögliche negative Bewertung ihres Verhaltens sowie die Ablehnung und soziale Ausgrenzung durch andere vorweg.

„Das Peinliche ist, da so abhängig von zu sein von der Zigarette. Also das ist ja es ist ja peinlich also ne, also man riecht ja dann auch sehr stark und ich hab fast keine Freunde mehr, die rauchen. Die rauchen alle nicht und ich guck dann auch auf die Uhr, ja, wie lange muss ich jetzt hier noch ausharren bis ich die nächste- oder kann ich jetzt hier fragen, ob ich hier rauchen darf aufm Balkon oder ich geh mal runter und dann stink ich natürlich, wenn ich wieder zurückkomme. Also das ist schon.“ (62)

Da sie Rauchen als Stigma empfindet, stellen andere Raucher*innen keine geeigneten Verbündeten dar und sie grenzt sich eher von ihnen ab.

Bedeutung des Kurses: Der Entwöhnungskurs, den die Erzählerin bereits mehrmals besucht hat, ist Voraussetzung, um den Ausstieg zu unternehmen („*Der Kurs ist für mich der einzige Weg, das zu machen, das überhaupt über Tage durchzuhalten.*“, 31). Er hat für sie vor allem die Funktion, von der Dynamik des gemeinschaftlichen Rauchstopps zu profitieren.

„Aber das das Problem ist bei DIEsem Kurs, also ich bin ja schon ein PAAR Mal gewesen, in den anderen Kursen war also am FÜNFTen Abend MINdestens einer schon Nichtraucher und HIER bei diesem Kurs war ich das letzte mal die Erste, die NICHtraucher-, also das ist WIRKlich da muss man so richtig ein bißchen anschieben.“ (362)

Zusammenfassung Typus 5: Süchtige

Niedrige individualisierte Agentivität

Charakteristisch für dieses Handlungsmuster ist die fast durchgängig niedrige individualisierte Handlungsmacht. Für den Einstieg in den Tabakkonsum im jugendlichen Alter werden v.a. externe Faktoren angeführt. Hierzu gehört neben dem sozialen Umfeld v.a. die mit dem jungen Lebensalter verbundene eingeschränkte individualisierte Agentivität, die verhindert, dass das Abhängigkeitsrisiko des Tabakkonsums richtig eingeschätzt werden kann. Es wird bemängelt, dass der notwendige Schutz von anderen Instanzen wie Lehrer*innen ausgeblieben ist. Dabei wird nicht reflektiert, dass Verbote seitens der Lehrer*innen unter Umständen genauso wenig Wirkung entfaltet hätten wie elterliche

Verbote. Deutlich wird aber, dass mangelndes Problembewußtsein, Autonomiebestreben und das Bedürfnis nach Abgrenzung von elterlichen Verboten im Jugendalter den Einstieg in den Tabakkonsum bahnen. Der Übergang vom erstmaligen Ausprobieren zum habitualisierten Rauchen erfolgt gleichsam automatisch. Nur bei einer Erzählperson klingt an, dass das Rauchen zunächst tatsächlich geübt werden muss. Das Scheitern früherer Aufhörversuche wird ebenfalls externen Faktoren zugeschrieben; die Rückfälle erfolgen fast zwangsläufig, ohne die Möglichkeit der Selbstkontrolle und der Rückkehr zum abstinenter Verhalten (strukturelle Agentivität). Wirksame Faktoren sind emotionale Belastungen sowie der Zugriff auf Zigaretten. Die Phase des aktuellen Rauchstopps geht mit einem hohen Bedürfnis nach Schutz, Entlastung und Rückzug einher. Die Betroffenen erleben diese Zeit als eine Art Ausnahmezustand und fühlen sich größeren Herausforderungen und Belastungen nicht gewachsen. Der Zweifel an der eigenen Abstinenzfähigkeit ist groß und wird von früheren – mehr oder weniger zahlreichen – Rückfallerfahrungen genährt.

Der Ausstieg ist eher extrinsisch denn intrinsisch motiviert. Die diesem Muster zugeordneten Erzählpersonen setzen sich teilweise stark mit sozialen und gesellschaftlichen Normen auseinander, die an sie herangetragen werden und die sie internalisiert haben. Die Ansprüche, mit denen sie sich konfrontiert sehen, bleiben weitgehend unreflektiert. Die Bemühungen richten sich vielmehr darauf, den explizierten sowie den aus der Selbststigmatisierung entstehenden Erwartungen des sozialen Umfelds gerecht zu werden.

Konzeptualisierung der Abhängigkeit: Übermacht

Abhängigkeit wird als Übermacht konzeptualisiert, der das Individuum weitgehend ohnmächtig gegenübersteht. Unveränderliche Einflussfaktoren, die das Risiko einer Abhängigkeit erhöhen, wie z.B. Persönlichkeitseigenschaften oder Belastungen in der Biographie in Verbindung mit einem hohen Maß an Fremdbestimmtheit durch die Abhängigkeit, bilden das Kernstück dieser Konzeptualisierung.

Das Verlangen zu rauchen ist schlecht kontrollierbar und die Abstinenzabsicht kann kaum aufrechterhalten werden, sobald Zigaretten im Zugriff sind und/ oder emotionale Belastungen auftreten. Die Beziehung zur Zigarette ist emotional und zum Teil ambivalent.

Aufhör- und Copin Strategien: Orientierung auf externe Ressourcen

Bei diesem Typus stehen die Vermeidung von rückfallkritischen Anreizen und die Orientierung auf externe Ressourcen im Vordergrund. Um die Gefahr eines Rückfalls zu minimieren, werden rückfallkritische Situationen gemieden, was teilweise auch zum Rückzug aus sozialen Kontakten führt. Die häusliche Umgebung wird rauchfrei umgestaltet. Um die Auseinandersetzung mit dem Stimulus möglichst gering zu halten, wird zum Rauchstopp die Schlusspunktmethodik angewandt. Mögliche Entzugssymptome werden mit Nikotinersatzpräparaten gelindert. Rückfallkritischen Situationen wird mit

Ablenkung und Aktivitäten begegnet. Hierzu gehören Sport und körperliche Aktivität, um Anspannung abzubauen und die eher unspezifische Orientierung auf Gesundheit zu unterstützen sowie Handarbeiten, um eine Beschäftigung zu haben. Das Rauchverlangen wird mit eher defensiven Strategien wie Aushalten und Abwarten bewältigt. Darüber hinausgehende spezifische Strategien im Umgang mit Suchtdruck und der Bewältigung rückfallkritischer Situation sind kaum erkennbar. So kommt es zu ungewollten (ich-dystonen) Rückfällen, die die Rückkehr zur Abstinenz erschweren und den Weg in die Wiederaufnahme der früheren Konsumgewohnheiten bahnen.

8.5 GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE DER GEBILDETEN TYPEN

Zum Abschluss dieses Kapitels werden die zentralen Gemeinsamkeiten und Unterschiede entlang der Typenbildung zugrunde liegenden Vergleichsdimensionen zusammengefasst (s. Tabelle 10).

Aufhörmotivation

Die Motivationen, mit dem Rauchen aufzuhören, sind mehrdimensional. Oftmals liegt eine Kombination von Gründen vor, die von befürchteten bzw. konkreten gesundheitlichen Einschränkungen bis hin zum Kinderwunsch und Wunsch nach einer Partnerschaft reichen.

Bei den gesundheitlich motivierten Rauchstopps zeigt sich am deutlichsten der Generationeneffekt. Die jüngeren Aussteiger*innen bis ca. 60 Jahre spüren tabakassoziierte negative Effekte, welche sich z.B. auf die eingeschränkte sportliche Leistungsfähigkeit, Kurzatmigkeit, Hautalterung etc. beziehen, und wollen mit dem Ausstieg eine Verschlechterung dieser Beeinträchtigungen verhindern. Außerdem stehen hier häufiger das negative Erleben der Abhängigkeit und der Wunsch, sich aus dieser subjektiv empfundenen Fremdbestimmtheit zu befreien, im Vordergrund. Die Älteren (> 60 Jahre) spüren die Beeinträchtigungen der Gesundheit sehr viel konkreter und bis zur Lebensbedrohlichkeit. Dringende ärztliche Empfehlungen und die Einsicht, dass nun eine Verhaltensänderung notwendig ist, bilden in diesen Fällen eine zentrale Motivation für den Ausstieg. Die verschiedenen Ausprägungen verteilen sich über die Typen.

Der zum Teil unkonkrete Ausstiegswunsch wird dann in konkretes Handeln umgesetzt, wenn sich eine Situation bietet, in der sich die Raucher*innen den Ausstieg zutrauen. Dies können eine angesichts einer Erkrankung kurzfristige erzwungene Abstinenz, eine Urlaubsreise und damit Verlassen der Alltagsroutinen oder das Kursangebot, das als Chance für den unterstützten Ausstieg eingeordnet wird, sein. Unterschiede zeigen sich v.a. im Hinblick darauf, wie sich die Interviewpersonen bezogen auf den Ausstieg konstruieren. Für Aussteiger*innen des Typus 5 verbindet sich die Ausstiegsmotivation in erster Linie mit Wünschen und Vorhaben, die nicht kompatibel mit dem Tabakkonsum sind (Kinderwunsch, Wunsch nach Partnerschaft). Sie setzen sich in diesem Zusammenhang mit Rollen-

erwartungen, Ansprüchen und (Selbst-)Stigmatisierung auseinander, so dass ihre Aufhörtmotivation wenig intrinsisch zu sein scheint.

Phasenspezifische Agentivierungen:

Einstieg: Bezogen auf den Einstieg finden sich viele Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Typen. Mehrheitlich konstruieren die Interviewpersonen eine kollektive Agentivität. Hierdurch werden Kohorteneffekte und die Normativität jugendlichen Rauchens deutlich. Es finden sich aber auch Unterschiede zwischen den Typen. So stellen Aussteiger*innen des Typus 1 und 2 eher ihre individualisierte Handlungsmacht heraus, während die den Typen 3, 4 und 5 zugeordneten Interviewpersonen eher berichten, dass andere Personen ihres damaligen sozialen Umfelds verantwortlich für ihren Einstieg sind, indem sie sie zum Rauchen „verführt“ oder nicht ausreichend geschützt haben.

Allen gemeinsam ist, dass der Übergang von der Ausprobierphase zur Habitualisierung vom Erwerb eigener Zigaretten markiert wird. Damit wird gleichsam der Status „*Raucher*in sein*“ erworben und Rauchen zum Bestandteil täglicher Routinen und des Selbstbildes.

Frühere Aufhörversuche: Die meisten der Interviewten haben in der Vergangenheit zum Teil mehrfach versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Zwischen den Typen zeigen sich Unterschiede bezogen auf die Darstellung des Rückfallgeschehens und die Erklärungen, die für den Wiedereinstieg in den Tabakkonsum gefunden werden. Die dem Typus 1 und 2 zugeordneten Erzählpersonen konstruieren sich zum Teil hoch individualisiert agentiv bezogen auf den Rückfall. In Typus 3 wird von keinen ernsthaften Ausstiegsversuchen berichtet. Bei Typus 4 bleibt weitgehend unklar, welche Faktoren im Rückfallgeschehen wirksam waren (anonyme Agentivität) und es werden höhere Mächte („Zufall“) angeführt, was auf eine eingeschränkte Agentivität und die Konstruktion einer Eigendynamik der Abhängigkeit schließen lässt. Die Aussteiger*innen des Typus 5 machen in erster Linie andere Personen, externe Faktoren und die Abhängigkeit selbst verantwortlich für ihren Rückfall und Wiedereinstieg. Insofern ähneln sich die Typen 4 und 5; sie unterscheiden sich jedoch bezogen auf den Grad der Ausprägung.

Aktueller Rauchstopp: Die größten Unterschiede zwischen den Typen finden sich in dieser und den folgenden Dimensionen. Die Aussteiger*innen der Typen 1 und 2 stellen ihre Willenskraft und Fähigkeit zur Selbstkontrolle in den Vordergrund; Zweifel an der Abstinenzfähigkeit werden wenig geäußert. Voraussetzung für den Abstinenzersfolg ist für die Aussteiger*innen des Typus 3 die aktive Steuerung und Gestaltung des Aufhörprozesses. Die (Wieder-)Gewinnung der Handlungsmacht ist für sie der Schlüssel zum Gelingen des Rauchstopps. Die Aussteiger*innen des Typus 4 empfinden die Ausstiegsphase als eine Zeit erhöhter Vulnerabilität und diejenigen des Typus 5 konstruieren sich eher als ohnmächtig gegenüber der Abhängigkeit, so dass es zu ich-dystonen Rückfällen kommt.

Soziales Umfeld: Die Aussteiger*innen des Typus 1 sind dadurch gekennzeichnet, dass die Unterstützung von Personen aus dem sozialen Umfeld zwar hilfreich, jedoch nicht essentiell für ihren Ausstieg ist. Sie äußern außerdem, mit ihrem Ausstieg Personen in ihrem nahen Umfeld vor Passivrauchen schützen zu wollen. Für die den Typen 2, 3 und 4 zugeordneten Personen gibt es zum Teil einzelne Menschen, die als Quelle sozialer Unterstützung wichtig sind. Im Falle rauchender Partner müssen die Aussteiger*innen verhandeln, welche Art von Rücksichtnahme sie benötigen. Die größte Rolle spielt das soziale Umfeld bei Typus 5: ohne den Druck, bestimmten Rollenerwartungen entsprechen zu wollen, würde der Ausstieg nicht unternommen.

Bedeutung des Entwöhnungskurses: Diejenigen, die einen Entwöhnungskurs besuchen, geben diesem eine unterschiedliche Bedeutung für ihr Ausstiegsgeschehen. Personen des Typus 1 profitieren von dem Kurs und betonen die Nützlichkeit der wissensbezogenen Inhalte; sie grenzen sich aber gleichzeitig von den übrigen Kursteilnehmer*innen ab, denen der Ausstieg schwerer zu fallen scheint, als ihnen selbst. Außerdem vollziehen sie den Rauchstopp individuell bevor der gemeinsame Rauchstopp im Kurs stattfindet. Zu den übrigen Kursteilnehmer*innen setzen sie sich eher kompetitiv in Beziehung mit dem Ziel, ihre Handlungsmacht unter Beweis zu stellen. Die angebotenen Strategien hingegen werden als untauglich bewertet. Für eine Aussteiger*in des Typus 3 stellt der Kurs eine wichtige Unterstützung dar, die sich vor allem darauf bezieht, den Rauchstopp zu initiieren und an ein Regelwerk angebunden zu sein. Auf Grundlage dieser Anbindung kann der Ausstiegsversuch unternommen werden. Die Typus 4 zugeordnete Person geht davon aus, dass sie ohne den Besuch des Kurses keinen Abstinenzenerfolg erzielt hätten und für eine Aussteiger*in des Typus 5 ist der Kurs Voraussetzung, überhaupt den Ausstiegsversuch zu unternehmen.

Bedeutung des selbstständigen Ausstiegs: Die selbstständig Entwöhnenden vertreten die Ansicht, dass der Ausstieg intrinsisch motiviert sein muss, um gelingen zu können. Externen Hilfsmitteln und Unterstützung schreiben sie einen sehr eingeschränkten Nutzen zu. Für einige scheint die mit dieser Ausstiegsform verbundene erhöhte Selbstbestimmtheit und Autonomie in der Gestaltung des Aufhörprozesses ein wichtiger Aspekt zu sein.

Sowohl die Kursteilnehmer*innen als auch die selbstständig Entwöhnenden sind über die Typen verteilt.

Konzeptualisierung der Abhängigkeit: Konzeptualisierungen sind als Konstruktionen von subjektivem Sinn zu verstehen. Sie dienen dazu, Abhängigkeit und das eigene abhängige Verhalten subjektiv zu erklären, die Schwierigkeiten des Ausstiegs zu bewältigen und eventuelles Scheitern zu legitimieren. Hier zeigen sich besonders große Unterschiede zwischen den einzelnen Typen. Die Konzeptualisierungen reichen von der Leugnung der Abhängigkeit bis hin zur Überzeugung, dass bestimmte Persön-

lichkeitseigenschaften für die Entwicklung einer Abhängigkeit prädestinieren. Entsprechend breit ist auch das Spektrum der Beziehung zur Zigarette, die eher funktional und objektivierend oder emotional sein kann.

Es zeigen sich außerdem Generationeneffekte: Im Unterschied zu den älteren Personen des Samples sind die Jüngeren eher der Ansicht, dass Tabakkonsum dem jüngeren Lebensalter und z.B. dem Leben als Studierende zuzuordnen ist. Rauchen ist in dieser Perspektive weniger kompatibel mit dem späteren Erwachsenenleben und der Verantwortung als potenzielle Eltern.

Aufhörstrategien: Hilfsmittel werden von den Aussteiger*innen des Typus 1 eher abgelehnt. Es wird betont, dass Willenskraft ausreicht, um den Ausstieg zu schaffen. Typus 2 stellt seine individualisierte Handlungsmacht unter Beweis, indem er ausgefeilte Strategien für rückfallkritische Situationen erarbeitet, um den Abstinenzernfolg zu gewährleisten. Die dem Typus 3 zugeordneten Aussteiger*innen zeichnen sich dadurch aus, dass sie im Vorfeld des Rauchstopps ihren Konsum bereits reduzieren und die Phase des Rauchstopps mit terminierten, ich-syntonen Rückfällen gestalten. Sie setzen sich außerdem Teilziele, um die Möglichkeit zu haben, positive Abstinenzernfahrungen aufzubauen und so das Vertrauen in das langfristige Abstinenzernvermögen entwickeln zu können. Entsprechend sind Strategien notwendig, die sie durch diese Phase tragen. Für die Aussteiger*innen des Typus 4 sind in der Phase des Rauchstopps Schutzräume und spezifische Unterstützung z.B. im Rahmen des Kurses bedeutsam. Auf dieser Grundlage können sie Vertrauen in die eigene Abstinenzernfähigkeit entwickeln. Die Typus 5 zugeordneten Personen nutzen Hilfsmittel, vermeiden rückfallkritische Situationen und haben keine spezifischen Strategien im Umgang mit Suchtdruck.

Für alle Aussteiger*innen ist bedeutsam, sich kognitiv mit der Abhängigkeit auseinanderzusetzen. Sie nutzen hierfür relevante Literatur und andere Informationsmaterialien. Es wird aber auch deutlich, wie unterschiedlich Informationen verarbeitet werden und wie unterschiedlich der Wissensstand bezogen auf die Entstehung von Abhängigkeit und die Wirkung des Nikotins ist.

Tabelle 10: Übersicht über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der gebildeten Typen von Rauchaussteiger*innen

	Typus 1: Vermeider*innen	Typus 2: Kämpfer*innen	Typus 3: Individualist*innen	Typus 4: Zweifler*innen	Typus 5: Süchtige
Aufhörmotivation	Befürchtete und tatsächliche gesundheitliche Einschränkungen	Abhängigkeit; konditionelle Einschränkungen	Gesundheitliche Einschränkungen; Abhängigkeit	Gesundheitliche Einschränkungen; unkonkret; Nutzen einer Gelegenheit	Kinderwunsch, Wunsch nach Partnerschaft; Rollenerwartungen
Phasenspezifische Agentivierungen: Einstieg	Kollektive, konsensuale, hohe individualisierte Agentivität	Hohe individualisierte Agentivität	Reaktive, kollektive Agentivität	Passive, reaktive Agentivität	Kollektive Agentivität
Frühere Aufhörversuche / Rückfälle	Hohe individualisierte Agentivität; Rückfälle: anonyme Agentivität	Hohe individualisierte Agentivität	Anonyme, strukturelle Agentivität	Anonyme, ineffektive Agentivität	Anonyme, strukturelle, reaktive Agentivität
Aktueller Rauchstopp	Hohe individualisierte Agentivität	Hohe individualisierte Agentivität	Hohe individualisierte Agentivität	Eingeschränkte individualisierte Agentivität	Ineffektive, strukturelle Agentivität
Soziales Umfeld	Neutral; unterstützend; Verantwortung für andere	Neutral; unterstützend; Verantwortung für andere	Neutral; Verpflichtung	Neutral; rückfallkritisch	Agentivierung als Wächter, Aufpasser; rückfallkritisch
Bedeutung des Entwöhnungskurses	Abwertung, Abgrenzung, Kompetitivität	--	Hilfreiches Regelwerk; Dyade mit Bekannter	Ohne Kurs kein Abstinenz-erfolg	Kursbesuch als einzige Möglichkeit
Abhängigkeitsbezogene Überzeugungen	„Blöde Angewohnheit“	Unkontrolliertheit	Angelernt	Habitualisiert	Persönlichkeitseigenschaften
Ausstiegsbezogene Überzeugungen	Willensfrage	Disziplin	Umlernprozess	Schutzraum	Druck
Subjektives Erleben der Abhängigkeit	Gewohnheit	Fremdbestimmtheit	Zwanghaftigkeit	Routine, Automatismus	Fremdbestimmtheit
Beziehung zur Zigarette	Funktional	Emotional	Emotional	Funktional	Emotional
Aufhör- und Copin Strategien	Verharmlosung; Ablehnung von Hilfsmitteln und Strategien	Vorbereitung; Entwicklung situationspezifischer Strategien, Reduktion	Reduktion; ich-syntone Rückfälle	Rückzug, „Kalter Entzug“; Vermeidung von rückfallkritischen Situationen	Nutzung externer Ressourcen; Rückzug

9 DISKUSSION

Ziel der Erhebung war, die Perspektive der Aussteiger*innen abzubilden und vertiefte Einblicke in den Entwöhnungsprozess zu gewinnen. Dies konnte nur mit einem qualitativen Vorgehen gelingen, da es genügend Raum für die (Re-)Konstruktion von subjektivem Sinn bietet. Auf diese Weise konnte induktiv herausgearbeitet werden, welche zentrale Bedeutung den Konstruktionen von Handlungsmacht im Entwöhnungsgeschehen zukommt. Erst aus der Perspektive der Agentivität werden Selbsteinschätzungen der Aussteiger*innen, Aufhörstrategien sowie Schwierigkeiten und Ressourcen im Rahmen des Ausstiegs nachvollziehbar und erklärbar. Mit der Typenbildung wurde bereits eine erste Interpretation der Ergebnisse vorgenommen; die gewonnenen Erkenntnisse sollen in diesem Kapitel mit bereits vorliegenden Forschungsergebnissen und Theorien in Verbindung gebracht und diskutiert werden. Eine weitere Zielsetzung dieser Forschungsarbeit war, Hinweise für die qualitative Weiterentwicklung der Tabakentwöhnung abzuleiten. Es werden daher Schlußfolgerungen für die Praxis der Tabakentwöhnung gezogen, die sich auf die Berücksichtigung von Genderaspekten und Agentivitätskonstruktionen beziehen. In diesem Zusammenhang werden ebenfalls die Reproduktion von Geschlechterstereotypen (*Doing Gender*) und das vorherrschende Verständnis von Abhängigkeit in der gegenwärtigen Tabakentwöhnung kritisch diskutiert.

9.1 HERAUSFORDERUNGEN DES RAUCHAUSSTIEGS

Die meisten Raucher*innen sind sich der gesundheitlichen Risiken des Rauchens bewußt und haben mehr oder weniger konkret die Absicht, irgendwann einmal mit dem Rauchen aufzuhören. Bei den jüngeren Befragten wird deutlich, dass Tabakkonsum mit Jugendlichkeit und Ungebundenheit verbunden wird und in diesem Kontext auch akzeptabel ist. Mit einem Erwachsenenleben, das evtl. auch die Verantwortung für Kinder beinhaltet, ist der Tabakkonsum jedoch nicht kompatibel (S_w13_31, S_w10_31, K_m2_34). Die meisten Befragten hatten bereits seit längerer Zeit den latenten oder konkreten Wunsch aufzuhören und in der Vergangenheit mindestens einen erfolglosen Aufhörversuch unternommen. In diesen Fällen werden für den Rauchstopp sich bietende Gelegenheiten genutzt, die mit günstigen Rahmenbedingungen und der subjektiven Aussicht auf Erfolg verbunden sind (K_w4_64, K_w3_64, S_w10_3). Im Unterschied zu diesen als spontane Ausstiege klassifizierten Rauchstopps, gibt es Raucher*innen, die ihren Konsum konsequent reduzieren, um längerfristig ganz aufzuhören. Dies kann als Vorbereitung für den konkreten Ausstieg im Rahmen eines Entwöhnungskurses erfolgen (K_w3_64), die kontinuierliche Reduktion kann aber auch eine eigenständige Phase bilden, an deren Ende ein nicht terminierter, eher theoretischer vollständiger Rauchstopp steht (S_m11_53, S_w6_45). Ziel ist dann eher, Kontrolle über das eigene Rauchverhalten zu erlangen und sich nicht der Abhängigkeit ausgeliefert zu fühlen. In weiteren Fällen besteht gar keine Absicht, mit

dem Rauchen aufzuhören. Gemäß dem TTM befinden sich diese Raucher*innen in der Stufe der Absichtslosigkeit. Im Unterschied zu dem Modell sind diese Raucher*innen jedoch unzufrieden mit ihrem Konsumverhalten; ihr größtes Hindernis ist ihre fehlende Überzeugung, den Ausstieg schaffen zu können (K_w3_64).

Die Stufen, wie sie das TTM beschreibt, sind anhand der vorliegenden Ergebnisse wenig hilfreich, den Entschluss zum Rauchstopp sowie das Ausstiegsgeschehen abzubilden, da die Prozesse weniger linear verlaufen, als das Modell nahelegt. Insofern schließen die vorliegenden Befunde eher an West und Sohal (West & Sohal, 2006) an, die davon ausgehen, dass Überzeugungen, frühere Erfahrungen und die aktuelle Situation miteinander interagieren und Zugkraft entstehen lassen, sodass es zu Handlungen kommt. Die Integration der Agentivitätsperspektive gibt Hinweise darauf, wie Überzeugungen geformt, Erfahrungen mit früheren Aufhörversuchen verarbeitet werden und in welcher Weise spezifische Aspekte der aktuellen Situation die Handlung unterstützen.

Frühere, erfolglose Aufhörversuche können für die Betroffenen eine Belastung darstellen. So wirkt sich das Scheitern eines vorangegangenen Aufhörversuchs negativ auf die SWE aus. Besonders deutlich wird dies bei S_w12_26, die aufgrund ihrer zahlreichen erfolglosen Aufhörversuche immer weniger davon überzeugt ist, dass ihr der Ausstieg gelingen kann. Auffällig ist, dass alle Befragten an frühere Mißerfolge anknüpfen und es ihnen nicht gelingt, sich auf den ehemals zunächst gelungenen Ausstieg zu beziehen.

Einig sind sich alle Befragten, dass die Entscheidung zum Ausstieg *selbst* getroffen werden muss. Auch wenn Unterstützung vorhanden ist und genutzt wird, so äußern die meisten Befragten, dass der Prozess mit all seinen Herausforderungen durchlebt werden muss („*Man muss da wirklich durch*“, K_w5_64, 194). Fast alle Aussteiger*innen formulieren als Schwierigkeit, daß der Tabakkonsum habitualisiert und damit automatisiert ist. Ist außerdem das soziale Umfeld von Raucher*innen dominiert, ist die Herausforderung, sich mit dem Rauchstopp im sozialen Umfeld zu erklären. Neben der Entscheidung, ob und wieviel Kontakt sie zu rauchenden Freund*innen haben möchten, müssen die Aussteiger*innen entscheiden, ob sie ihren Rauchstopp veröffentlichen. Die Furcht vor Stigmatisierung im Falle des Scheiterns sowie eine erhöhte Selbstverpflichtung hindern Aufhörwillige daran, ihr Vorhaben bekannt zu geben. Gleichzeitig lässt sich die Verhaltensänderung kaum verbergen. Einzelne lösen diesen Konflikt, indem sie sich aus dem sozialen Umfeld zurückziehen.

Rückfallkritische Situationen bilden für alle Befragten die mit dem Rauchen assoziierten und in der Tagesstruktur verankerten Gewohnheiten und Rituale, wie z.B. die Zigarette nach dem Essen, am Schreibtisch oder vor dem Schlafengehen. Die Männer des Typus 1 nennen außerdem soziale Situationen, in denen ihnen von anderen Zigaretten angeboten werden, als rückfallkritisch. Ein weiterer

Mann (S_m11_53) sowie die meisten Frauen des Samples verknüpfen vor allem emotional belastende und Stresssituationen mit dem Risiko des Rückfalls. Die Befunde decken sich mit der Literatur (Velicer, DiClemente, Rossi & Prochaska, 1990).

9.2 AUFHÖRSTRATEGIEN IM SPIEGEL VON AGENTIVITÄTSKONSTRUKTIONEN

Die von den Befragten berichteten Strategien korrespondieren mit denen in der Literatur aufgeführten, in der Tabakentwöhnung eingesetzten Strategien. Hierzu gehören Selbstneubewertung, Selbstverpflichtung, Gegenkonditionierung, (Selbst-)Verstärkung, die Nutzung hilfreicher Beziehungen sowie die Kontrolle der Umwelt (Prochaska & Velicer, 1997); diese werden im TTM für die Phasen der Vorbereitung, Durchführung und Aufrechterhaltung des Rauchstopps genannt. Im Rahmen der Entwöhnungskurse werden sie gezielt gefördert und vermittelt. Die hier vorgelegten Ergebnisse bestätigen, dass die Wahl des Ausstiegsmodus und der Aufhörstrategien individuell ist. Darüber hinaus ist erkennbar, dass diese im spezifischen Kontext von subjektiven Kontroll- und Einflussmöglichkeiten erfolgt (Lazarus & Folkman, 1984; Suls & Fletcher, 1985) und Strategien geschlechtlich konnotiert sind (Kohlmann, 1997; Minneker et al., 1989; Helgeson, 2011; Kendel, Böhmer & Sieverding, 2004; Matud, 2004). Die Agencyperspektive ermöglicht Einblicke in Konstruktionen von Handlungsmacht, die die individuelle Gestaltung des Aufhörprozesses verständlicher machen.

Die Strategien der Befragten wurden gemäß dem Klassifikationssystem von Schulz (2005) geordnet und so nach offensivem und defensivem Coping unterschieden. Bei den Typen 1 *Vermeider*innen*, 4 *Zweifler*innen* und 5 *Süchtige* stehen eher defensive und bei den Typen 2 *Kämpfer*innen* und 3 *Individualist*innen* eher offensive Copingstrategien im Vordergrund. Die Zuordnungen werden im Folgenden kurz begründet.

Typus 1 *Vermeider*innen* konstruiert sich hoch individualisiert agentiv und wendet eher defensive Strategien an, was auf den ersten Blick widersprüchlich scheint. Dieser Typus ist jedoch bemüht, evtl. Schwierigkeiten nicht wahrzunehmen bzw. herunterzuspielen und einen Eindruck von Selbstsicherheit und Handlungsmacht zu vermitteln. Die Ablenkung der Aufmerksamkeit weg vom Stressor oder den eigenen Reaktionen auf den Stressor sowie die Selbstpräsentation eines stoischen und emotional robusten Selbstbildes ist eines der Charakteristika eines vermeidenden Copingstils (Kohlmann, 1997; Newton & Contrada, 1992). Er findet sich laut Kohlmann stärker bei Männern als bei Frauen (1997), da er Überschneidungen mit traditionellen Vorstellungen von Männlichkeit zeigt.

Typus 2 *Kämpfer*innen* konstruiert sich ebenfalls hoch selbstwirksam, wendet jedoch offensive Strategien an wie die Vorbereitung auf den Rauchstopp und die Entwicklung situationsspezifischer Vorgehensweisen zur Bewältigung von rückfallkritischen Situationen. Soziale Unterstützung ist zwar

kaum bedeutsam für diesen Typus, er setzt jedoch Methoden ein, die seinen Fortschritt dokumentieren und die seiner emotionalen Entlastung dienen.

Bei Typus 3 *Individualist*innen* wird besonders deutlich, wie sich der Prozess der Um- und Neubewertung der Stressquelle vollzieht und dadurch die SWE wächst. Als offensiv werden die gewählten Strategien der Reduktion des Tabakkonsums, die Beanspruchung der Definitionsmacht sowie der Einsatz ich-syntoner Rückfälle eingeordnet. Die terminierten Rückfälle gefährden das Abstinenzvorhaben nicht und zeugen von einer stark ausgeprägten Wiederherstellungselbstwirksamkeitserwartung. Zu verschiedenen Zeitpunkten der Verhaltensänderung können unterschiedliche Strategien sinnvoll sein (Suls & Fletcher, 1985). Dies zeigt sich besonders deutlich bei Typus 4. Bei den *Zweifler*innen* ist vor allem zu Beginn vermeidendes Coping erkennbar, da nach dem Rauchstopp eher defensive Strategien wie Rückzug, Vermeidung der Stressquelle und Suche nach Unterstützung zum Einsatz kommen. Anschließend fördert die Umbewertung der Stressquelle als offensive Strategie die SWE, so dass das Vertrauen in die eigene Abstinenzfähigkeit wächst.

Die Vorgehensweisen des Typus 5 *Süchtige* sind dem defensiven Coping zugeordnet. Sie setzen vor allem Strategien der Vermeidung und des Rückzugs ein und orientieren sich auf externe Ressourcen. Die eigene Handlungsmacht wird als unzureichend für den Ausstieg konstruiert.

Vermeidung als Bewältigungsstrategie ist oftmals negativ konnotiert. Sie kann aber, wenn sie planvoll und zeitlich begrenzt eingesetzt wird, einen positiven Nutzen haben. Nach dem Rauchstopp begegnen fast alle Aussteiger*innen rückfallkritischen Situationen zunächst mit Vermeidung dieser Situationen und mit der Umgestaltung ihrer Umgebung. Letztere ist bei denjenigen, die mit einem*r Raucher*in zusammenleben oder in einem rauchdominierten Umfeld arbeiten, allerdings nur eingeschränkt möglich. Es gibt aber auch Aufhörer*innen, für die wichtig ist, den Rauchstopp und die Abstinenz in ihrem Alltagsleben umzusetzen; sie nehmen daher wenig Änderungen ihrer Umgebung vor. Die Vermeidung sollte jedoch nicht die einzige Strategie sein. Suls und Fletcher (1985) unterscheiden die Angemessenheit des Copingstils nach der Intensität der Belastung: bei kurzfristiger Belastung und in der Akutphase nach einem belastenden Ereignis ist ein vermeidender Copingstil ein probates Mittel der Bewältigung; auf lange Sicht und bei Ereignissen, die langfristige und gravierende Effekte haben können, erweisen sich hingegen offensive Copingstrategien als überlegen. Schulz (2005) geht davon aus, dass die Um- und Neubewertung der Stressquelle (offensives Coping) voraussetzt, dass ein gewisses Maß an SWE vorhanden ist. Die Ergebnisse bestätigen diesen Zusammenhang.

Die Analyse lässt weiter erkennen, dass vordergründig ähnliche Strategien mit unterschiedlichen Motivationen, Zielsetzungen und Einschätzungen der eigenen Handlungsmacht verknüpft sein können. Dies zeigt sich z.B. bezogen auf den Aufhörmodus, die Nutzung sozialer Unterstützung und die

Bewertung des Entwöhnungskurses. Der komplette Rauchstopp („*Kalter Entzug*“) wird von verschiedenen Aussteiger*innen genutzt; der Wahl liegen jedoch unterschiedliche Konstruktionen von Handlungsmacht zugrunde. Während einige mit dieser Art des Ausstiegs ihre hohe individualisierte Agentivität dokumentieren (z.B. K_m8_70), ist er für andere aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität der einzig mögliche Aufhörmodus (z.B. S_w10_31). Ähnlich unterschiedlich wird eine Kursteilnahme bewertet. Die Entwöhnungskurse bieten Nutzer*innen ein breites Spektrum an Unterstützung an. Über die Funktionen des terminierten und begleiteten Ausstiegs, die Vermittlung von Verhaltenstechniken und den Austausch mit anderen Ausstiegswilligen hinaus, sind sie Plattformen für die Inszenierung individualisierter Agentivität⁷⁰.

Die Typenbildung zeigt, dass soziale Unterstützung bzw. ihre Dimensionen unterschiedliche Bedeutung haben kann. Instrumentelle, praktische Unterstützung ist für alle Aufhörenden bedeutsam, denn sie erfüllt drei Funktionen: (1) sie fördert die kognitive Umstrukturierung, (2) sie hilft, dysfunktionale durch funktionale Kognitionen zu ersetzen und sich (3) auf ein Leben als Nichtraucher*in zu orientieren. Informationen sind für die meisten hilfreich und wichtig, denn sie stärken die Aufhörmotivation. Unterstützung ist v.a. in der Phase der Vorbereitung des Rauchstopps und der ersten Zeit danach von Bedeutung. Dieser Befund schließt an die Argumentation von Westmaas et al. (2010) an, die davon ausgehen, dass die Effektivität sozialer Unterstützung von Faktoren abhängen kann, die bisher zu wenig untersucht wurden. Hierzu gehören neben soziodemografischen Merkmalen und Persönlichkeitseigenschaften des*r Rauchers*in auch die Quelle und der Zeitpunkt der Unterstützung. Die hier vorgelegten Ergebnisse weisen außerdem darauf hin, dass auch die Erfahrungen früherer Aufhörversuche eine Rolle spielen. So kann informationelle Unterstützung an Bedeutung verlieren, wenn bereits mehrere Aufhörversuche unternommen wurden. An ihre Stelle tritt dann bei einigen die emotionale Unterstützung, die im sozialen Umfeld, durch die Kursleitung, den Austausch mit anderen Aussteiger*innen im Kurs oder in der Dyade entsteht. Emotionale Unterstützung spielt für diejenigen, die sich handlungsmächtig konstruieren, wie die Typen 1 und 2, eine untergeordnete Rolle. Typus 5, dessen individualisierte Handlungsmacht sehr eingeschränkt ist und der große Zweifel an der eigenen Abstinenzfähigkeit hat, konstruiert sich demgegenüber in höherem Maße angewiesen auf soziale Unterstützung. Insgesamt wird emotionale Unterstützung dann als hilfreich bewertet, wenn sie ermutigend, akzeptierend und nicht mit Forderungen oder Druck verbunden ist. Die Rollen und Bedeutungen, die anderen Menschen zugewiesen werden, sind eng verknüpft mit den Konstruktionen der eigenen Handlungsmacht. Als Ersatz für die eingeschränkte Selbstkontrolle findet sich in zwei Fällen die Delegation von Kontrolle und Verantwortung für die angestrebte Abstinenz an

⁷⁰ Diese Befunde werden in Kapitel 9.3 aus Geschlechterperspektive diskutiert.

den*die Partner*in (S_w1_32; K_m2_34). Für andere erfüllt diese Funktion die Anbindung an den Kurs, d.h. die gegenüber der Kursleitung und den übrigen Kursteilnehmer*innen eingegangene Verbindlichkeit (K_w5_46, K_w4_64, K_m2_34).

Erwartungen und – so weit vorhanden – konkrete Erfahrungen früherer Aufhörversuche formen die subjektiven Vorstellungen und erwarteten Schwierigkeiten beim Rauchausstieg und sie beeinflussen die Wahl der Strategien (z.B. S_m9_45). Sind es v.a. soziale Situationen und das Zusammensein mit anderen Raucher*innen, die rückfallkritisch sind, so werden sich die Strategien darauf richten, diese Situationen zumindest in der Anfangszeit nach dem Rauchstopp möglichst zu vermeiden.

Während diejenigen, die sich handlungsmächtig konstruieren und eine hohe SWE haben, viel Spielraum für die individuelle Gestaltung ihres Aufhörprozesses für sich reklamieren, ist für diejenigen mit eingeschränkter oder niedriger Agentivität die Anbindung an ein Regelwerk oder gar die Kontrolle durch andere Menschen wichtig, um den Ausstieg zu unternehmen. Dass die erfolgreiche Verhaltensänderung neben der Zufriedenheit die Erfahrungen von Selbstkontrolle und SWE stärkt, zeigt sich bei den Typen 3 und 4 und konnte bereits in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (z.B. Baldwin et al., 2006; Jäkle et al., 1999).

Ob Strategien erfolgreich sind, hängt davon ab, wie passgenau sie sind (*goodness of fit*). Es wird in der Literatur davon ausgegangen, dass Menschen, die flexibel in der Wahl ihrer Copingstrategien sind, Bewältigung von Anforderungen besser gelingt, als Menschen, die ein rigides Copingspektrum zeigen (Holahan et al., 1996). Erst die Mischungen ermöglichen die Entwicklung realistischer Ziele, die Entwicklung von individuellen und situationsspezifischen Strategien. Insofern kann angenommen werden, dass diejenigen Agentivitätskonstruktionen, die mit einem wenig rigiden Selbstkonzept verbunden sind und ein möglichst breites Spektrum von Copingstrategien umfassen, eher zum Gelingen des Rauchstopps führen.

9.3 BEDEUTUNG VON GESCHLECHT IM ENTWÖHNUNGSGESCHEHEN

In der Tabakentwöhnung sind sowohl biologische als auch soziale Aspekte der Geschlechtszugehörigkeit von Bedeutung. Relevante biologische Unterschiede der Tabakentwöhnung beziehen sich auf die geschlechtsspezifische Verstoffwechslung von Nikotin und Nikotinersatzpräparaten sowie auf den Zusammenhang zwischen dem weiblichen Menstruationszyklus und Entzugssymptomen beim Rauchstopp. Der Tabakkonsum sowie das Ausstiegsgeschehen sind wie andere körperbezogene Praktiken gut dazu geeignet, Geschlechtsidentität herzustellen und zu demonstrieren. Die sozialen Aspekte der Geschlechtszugehörigkeit können daher in Verbindung mit Konsumgewohnheiten, der Funktion des Rauchens, der Aufhörmotivation, der Wahl des Ausstiegsmodus und der Aufhörstrategien sowie mit der SWE und der Abstinenzfähigkeit stehen. Zahlreiche empirische Befunde belegen diese Zusam-

menhänge, die Ergebnisse sind jedoch wenig konsistent. Vielmehr lassen sich im Unterschied zum Konsum anderer Substanzen wie illegale Drogen sowohl beim Alkohol- als auch beim Tabakkonsum eine stärkere Angleichung der Konsummuster von Frauen und Männern beobachten. Auch die hier vorgelegten Forschungsergebnisse lassen keine systematischen und konsistenten Unterschiede zwischen Frauen und Männern erkennen; vielmehr zeigt sich eine Reihe von Gemeinsamkeiten. So wählen Frauen und Männer ähnliche Strategien für den Ausstieg (Schlusspunktmethode, Reduktion, Kursbesuch, NET), berichten von ähnlichen Konsummustern (Tabakkonsum zur Bewältigung von Stress und negativen Gefühlen, gewohnheitsmäßiges Rauchen, Differenzierung zwischen „Sucht“- und „Genusszigaretten“), ähnlichen rückfallkritischen Situationen und sie äußern in den meisten Fällen mehr oder weniger ausgeprägte Zweifel an der eigenen Abstinenzfähigkeit. Hinter solchen Gemeinsamkeiten können jedoch unterschiedliche Bedeutungszuschreibungen und Agentivitätskonstruktionen stehen, wie die folgenden zwei Beispiele verdeutlichen:

- Als Ausstiegsmethode findet sich die Schlusspunktmethode ebenso wie die Reduktion im Vorfeld des Ausstiegs bei Frauen wie bei Männern des Samples. Der sofortige Rauchstopp („*Kalter Entzug*“) ist jedoch mit unterschiedlichen Zuschreibungen belegt. Während also K_m8_70 (Typus 1) mit seinem sofortigen Rauchstopp seine hohe individualisierte Handlungsmacht dokumentiert, ist dieser Ausstiegsmodus für S_w10_31 (Typus 4) aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität gegenüber der Nikotinexposition wichtig (das Nikotin muss „*raus*“; „*weg vom Nikotin*“ kommen).
- Ein weiteres Beispiel ist die Agentivierung von Personen aus dem sozialen Umfeld, die sich ebenfalls bei beiden Genusgruppen findet. So ist sich K_m2_34 (Typus 1) in den ersten Tagen des Rauchstopps nicht sicher, den Ausstieg zu schaffen und agentiviert sein Ehefrau als Wächterin („*kann (...) auf mich noch meine Frau aufpassen*“, 56). Diese Agentivierung ist jedoch kompatibel mit seiner hohen individualisierten Handlungsmacht und der Konzeptualisierung der Abhängigkeit als „*blöde Angewohnheit*“. Bei S_w1_32 (Typus 5) hingegen ist die Agentivierung des Freundes als Aufpasser und Kontrolleur in Verbindung mit großem Zweifel an ihrer Abstinenzfähigkeit unabdingbar für den Ausstieg („*sonst würd ich niemals aufhören*“, 242); diese Konstruktion korrespondiert mit einer sehr niedrigen individualisierten Handlungsmacht und der Konzeptualisierung der Abhängigkeit als Übermacht.
- Sorge um die eigene Gesundheit oder die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe sind eher weiblich konnotiert. Frauen sind eher ansprechbar für Gesundheitsthemen und haben ein eher ganzheitliches Verständnis von Gesundheit. Sie verstehen Gesundheit eher als psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden, während Männer eher geneigt sind, Gesundheit mit Leistungsfähigkeit und Abwesenheit von Krankheit gleichzusetzen (Pfeffer &

Alfermann, 2006). Das Geschlechterverhältnis in den Kursen der Tabakentwöhnung ist laut IFT zwar relativ ausgeglichen; möglicherweise wird aber eine zumindest vordergründig unterschiedliche Zielsetzung mit dem Besuch verbunden. Überhaupt einen Kurs in Anspruch zu nehmen, kann subjektiv mit dem Eingeständnis von Hilfsbedürftigkeit verbunden sein, was wiederum schlecht vereinbar mit dem traditionellen Bild von Männlichkeit ist. Die Ergebnisse zeigen, dass diejenigen Männer des Samples, welche das Stereotyp des autonomen und willensstarken Mannes vertreten, den Kurs für sich umdeuten: sie grenzen sich eher von den anderen Teilnehmenden ab, indem sie beispielsweise den Rauchstopp individuell, d.h. nicht gemeinsam im Kurs, vollziehen und sich zu den übrigen Teilnehmenden kompetitiv in Beziehung setzen. Dieser Befund bestätigt die Ergebnisse von Minneker et al. (1989). Für einige Frauen des Samples ist das Regelwerk des Kurses hingegen sehr hilfreich und der Ausstieg ohne die Unterstützung im Rahmen des Kurses nicht vorstellbar (Typus 5).

Aus dieser Perspektive lassen sich Geschlechtstypiken also weniger auf der Verhaltensebene als hinsichtlich der Bedeutungszuschreibungen und Agentivitätskonstruktionen erkennen.

Die Forschungsarbeit ging der Frage nach, welche Rolle Geschlecht im Entwöhnungsgeschehen spielt. Die Herausforderung geschlechtsbezogener Forschung ist, das methodische Vorgehen so anzulegen, dass mögliche Geschlechterunterschiede zwar identifiziert, aber nicht reifiziert werden. Geschlecht wurde daher nicht als kategorisierendes Merkmal an die generierten Daten angelegt. Dennoch weist die Typenbildung eine geschlechtsbezogene Ordnung auf. So fällt auf, dass den Typen 1 und 2 ausschließlich männliche Interviewte zugeordnet sind, während die übrigen drei Typen einzig aus weiblichen Interviewten bestehen. Dies ist möglicherweise auch der relativ kleinen Fallzahl geschuldet. Inhaltlich zeigen sich jedoch Parallelen zu traditionellen Geschlechtstypiken.

Die Männer des Samples konstruieren sich sämtlich in höherem Maße handlungsmächtig als die befragten Frauen. Das mit dem Typus 1 verbundene funktionale und rationalisierende Verständnis des Tabakkonsums korrespondiert mit anderen Befunden wie z.B. von Saltonstall (1993), wonach sich Männer eher als machtvoll gegenüber ihrem Körper konstruieren und versprachlichen, dass der Körper ein Objekt ist, das ihnen gehört und das sie kontrollieren. Frauen, so Saltonstall (ebd.), versprachlichen ihren Körper eher als Subjekt, das über eine eigene Handlungsmacht verfügt. Die vorliegende Arbeit kommt zu korrespondierenden Ergebnissen. So zeigen die Konstruktionen von individualisierter Handlungsmacht, wie sie die Typen 1 und 2 vornehmen, eine große Nähe zum traditionellen Bild von Männlichkeit, das sich gegen alles abgrenzt, was mit Schwäche, Unsicherheit, Angst und Hilflosigkeit assoziiert ist (Flaake, 2009; Faltermaier & Hübner, 2016) und in dessen Mittelpunkt

Mut, Autonomie, Kraft, Leistungsorientierung und Durchsetzungsvermögen stehen⁷¹. In der binären Konstruktion von Geschlechterstereotypen werden Frauen Eigenschaften wie Rezeptivität, Emotionalität, Nachgiebigkeit und Schwäche zugeschrieben. Die größte Nähe zu diesem Stereotyp ist bei Typus 5 erkennbar, denn die zugeordneten Fälle konstruieren die Abhängigkeit als Übermacht und Tabakkonsum bzw. Rückfälle als autonome Prozesse, über die sie eingeschränkte bis gar keine Handlungsmacht haben; sie äußern außerdem großen Zweifel am Abstinenzserfolg. Abhängigkeit wird als heteronome Macht konzeptualisiert und die Zigarette subjektiviert. Bei den anderen Frauen des Samples sind entweder eher dynamische Konzepte von Handlungsmacht erkennbar (Typus 3), oder sie konstruieren sich eingeschränkt handlungsmächtig im Ausstiegsgeschehen (Typus 4).

Auch bei der Nutzung und Bewertung sozialer Unterstützung zeigen sich Geschlechtstypiken. Während die Männer des Samples sich eher als autonom inszenieren, sind die Frauen eher bereit, ihren Unterstützungsbedarf und ihre Vulnerabilität wahrzunehmen und zu kommunizieren. Soziale Unterstützung wird auch mit Inanspruchnahme von Hilfe gleichgesetzt, was mit einem Selbstkonzept von Autonomie schlechter vereinbar ist als mit einer Selbstkonstruktion von Vulnerabilität. Dies ist v.a. dann der Fall, wenn es sich um emotionale Unterstützung handelt (Typus 1 vs. Typus 5). Die Befunde bestätigen die Überlegungen von Helgeson (2005), wonach die Suche nach emotionaler Unterstützung wenig kompatibel mit der männlichen Geschlechtsrolle ist, während die Weiblichkeitsnorm bei Frauen die Orientierung auf Kommunikation und Beziehung verstärkt.

Statt also eine kategoriale Zuordnung vorzunehmen, kann ein Kontinuum entworfen werden, auf dem die gebildeten Typen gemäß ihrer Agentivitätskonstruktionen graduell angeordnet werden können und an dessen Enden sich jeweils geschlechtstypische Rekonstruktionen von individualisierter Agentivität finden (s. Abbildung 17). Komplementär dazu wird die Abhängigkeit agentiviert. Eine Ausnahme bildet Typus 2, *Kämpfer*innen*, der sowohl sich selbst als auch die Abhängigkeit hoch agentiviert. Dies ist evtl. darin begründet, dass der Rauchstopp zum Zeitpunkt des Interviews mit 4,5 Monaten bzw. zwei Jahren bereits deutlich länger zurücklag, als bei den übrigen Interviewpersonen. Die zeitliche Distanz sowie der Abstinenzserfolg bedingen möglicherweise eine andere agentivitätsbezogene Konstruktion als die Perspektive in der Phase des Rauchstopps.

Trotz dieser Orientierung an traditionellen Geschlechterzuschreibungen sind die Genusgruppen nicht zu homogenisieren, sondern differenziert zu betrachten. Epidemiologische Daten zum Tabakkonsum zeigen, dass andere soziale Differenzierungsmerkmale wie Alter und SES einen bedeutenden Einfluss auf das Konsumverhalten haben (s. Kapitel 2.1).

⁷¹ Diese Art der Inszenierung von Männlichkeit mag durch die Tatsache, dass die männlichen Erzählpersonen mit der Forscherin ein weibliches Gegenüber für das Interview hatten, befördert worden sein (s. auch Kapitel 9.6).

Statuspassagen und Übergänge werden im sozialwissenschaftlichen Verständnis als kritische Lebensereignisse eingeordnet, in denen die bisherigen Handlungsressourcen und Bewältigungsstrategien mitunter versagen (Schröer, Stauber, Walther, Böhnisch & Lenz, 2013). Dass sich geschlechtsdifferente Bewältigungspraktiken zeigen, führen Lenz und Adler (2011) darauf zurück, dass sich Menschen in diesen Phasen an geschlechterdifferenzierenden gesellschaftlichen Anforderungen abarbeiten und auf Geschlechterattributierungen als Ressourcen zurückgreifen. Der Rauchstopp kann zwar nicht generell als kritische Lebensphase bewertet werden, er kann jedoch mit Veränderungen hinsichtlich des Selbstkonzepts und der Identität verbunden sein. Geschlechterstereotype können in dieser Phase möglicherweise als Orientierung dienen. Insofern kann die Konstruktion von Geschlechtlichkeit auch als Bewältigungsstrategie verstanden werden.

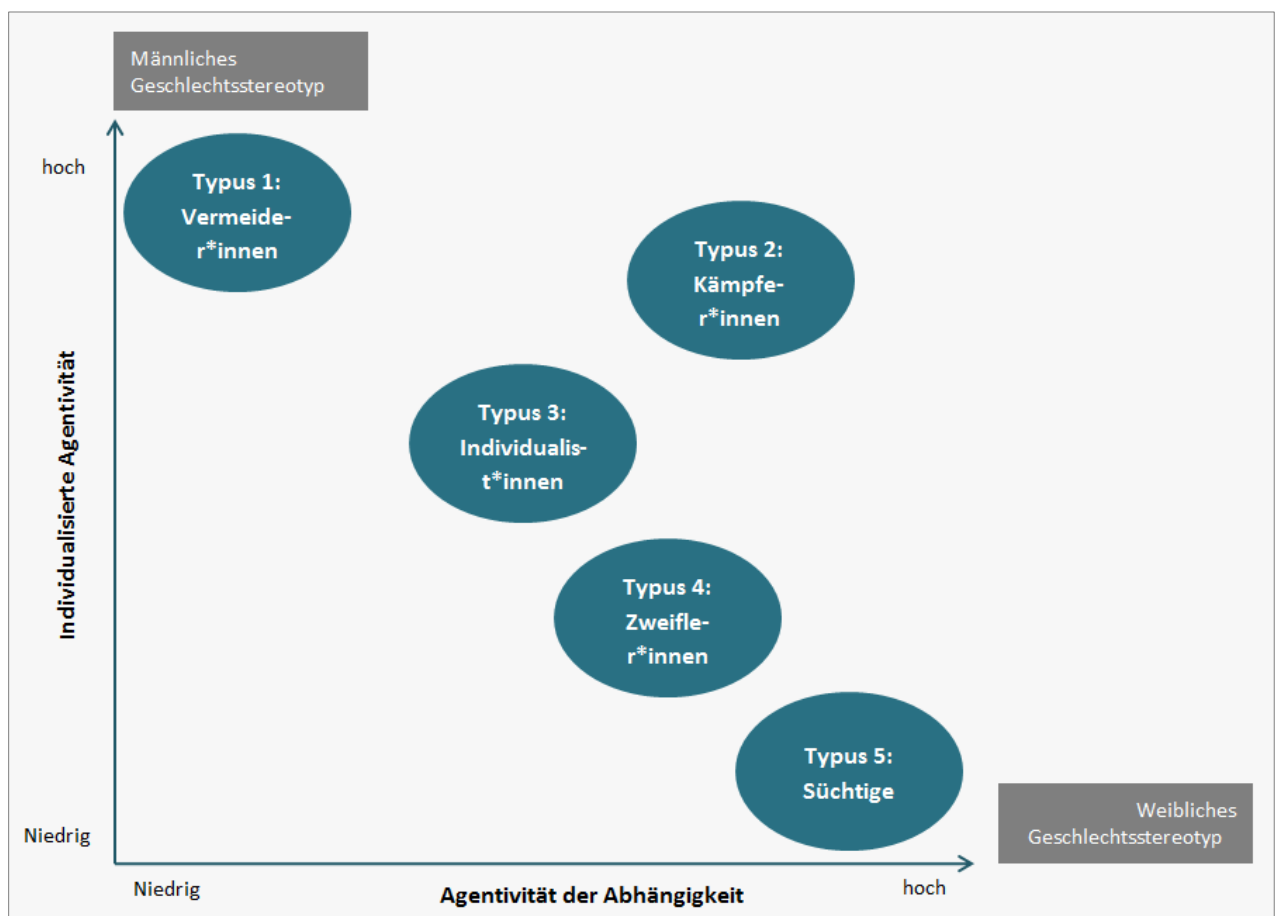


Abbildung 17: Agentivität der Abhängigkeit und individualisierte Abhängigkeit der gebildeten Typen

9.4 REFLEXIVE KONZEPTUALISIERUNGEN DER ABHÄNGIGKEIT

Die Konzeptualisierung der Abhängigkeit wurde anhand der Dimensionen: Erleben der Abhängigkeit, Beziehung zur Zigarette sowie abhängigkeits- und ausstiegsbezogene Überzeugungen nachvollzogen. Die Konzeptualisierungen sind komplex und multidimensional; verarbeitet werden physische, psychi-

sche und soziale Aspekte des Tabakkonsums sowie Erfahrungen des Einstiegs in den Tabakkonsum und früherer Aufhörversuche. Die herausgearbeiteten Konzeptualisierungen reichen von *blöde Angewohnheit* bis *Übermacht*; sie lassen sich graduell anordnen nach dem Ausmass der Agentivierung der Abhängigkeit bzw. umgekehrt dem Grad der subjektiven Kontroll- und Einflussmöglichkeiten. Die meisten Befragten beschreiben den Beginn des Konsums, der bei fast allen im Jugendalter erfolgt, als eine Phase des Ausprobierens, in der der Konsum freiwillig und manchmal sogar widerwillig erfolgte. Der eigene Konsum wird erst dann als abhängig bezeichnet, wenn er zur Normalität geworden ist und es nicht mehr ohne weiteres möglich ist aufzuhören. Vielfach wird dieser Paradigmenwechsel zum *Raucher sein* am Erwerb eigener Zigaretten festgemacht („(...) wenn du die erste Schachtel geholt hast, ist Ende (2) ist vorbei (1) dann bist du eigentlich Raucher“, S_w6_45, 105). Die meisten Befragten wünschen sich eine größere Konsumkompetenz, die ihnen ermöglichen würde, kontrolliert, d.h. in ausgewählten Situationen rauchen zu können.

Die Befragten unterscheiden zwischen Gewohnheit bzw. Angewohnheit und Abhängigkeit. Auch Pfeffer, Wigginton, Gartner, Coral und Morphett (2018) vermuten, dass es sich bei Gewohnheit und Abhängigkeit um zwei unterschiedliche Phänomene handelt. Während gewohnheitsmäßiges Rauchen vor allem mit Regelmäßigkeit, Routine und Wiederholung verbunden wird, ist Abhängigkeit assoziiert mit dem Verlust der Kontrolle über das eigene Verhalten. Typus 1 nimmt zwar an, dass es grundsätzlich eine Abhängigkeit von Substanzen und auch von Tabak geben kann. Dies betrifft dann aber andere Menschen; für sich selbst weist dieser Typus eine Abhängigkeit zurück. Anders ist das Verständnis bei Typus 3, der bezweifelt, dass Nikotin überhaupt abhängig machen kann. Vielmehr wird die Zwanghaftigkeit des Konsums als „*Einbildung*“ und Ergebnis des Gewöhnungsprozesses bezeichnet. Wieder andere sind davon überzeugt, dass Abhängigkeit erst ab einer bestimmten Konsumintensität entsteht (z.B. S_m11_53). Für die Typen 4 und 5 ist Abhängigkeit nicht nur verbunden mit dem Verlust der Konsumkompetenz, sondern insgesamt mit eingeschränkter Verhaltenskontrolle. So berichten sie, dass sie Verhaltensweisen zeigen, die sie ablehnen wie z.B. die Nachbarin um Zigaretten zu bitten. Die Steuerung des eigenen Verhaltens, die bezogen auf andere Bereiche möglich ist, erstreckt sich nicht auf den Tabakkonsum.

Einige Befragte setzen Distanzierungstechniken ein, d.h. sie verwenden unpersönliche Begriffe, um die Wirkung des Nikotins und die Entwicklung der Abhängigkeit zu beschreiben (Gehirn, Kopf, Blutkreislauf, Körper usw.) oder sie verweisen auf die Zigarette, die agiert und z.B. etwas sagt. Diese Befunde korrespondieren mit Konzeptualisierungen, die Bottorff, Johnson, Moffat, Grewal, Ratner und Kalaw (2004) bei jugendlichen Raucher*innen und Ex-Raucher*innen rekonstruieren konnten. Die Verantwortung für die Entstehung der Abhängigkeit wird auf diese Weise externalen Entitäten (Unterbewußtsein, Gehirn) zugeschrieben, über die wenig oder keine Kontrolle besteht. Die Entste-

hung von Abhängigkeit wird außerdem mit Persönlichkeitseigenschaften wie Labilität, Willensschwäche und einer Affinität zur Sedierung erklärt. Abhängigkeit wird dann als Krankheit verstanden, für die es eine familiäre Vorbelastung geben kann und die lebenslang bestehen bleibt. Diese Konzeptualisierung entspricht am ehesten der naturwissenschaftlich-biomedizinischen Denkweise, die Abhängigkeit entweder als biologisch-somatisches oder als substanzbedingtes Phänomen konzipiert (Dollinger & Schmidt-Semisch, 2007). Einige Befragte haben diese Konstruktion des Tabakkonsums als Abhängigkeitserkrankung oder Störung internalisiert. Unterstützt wird dies nach McCullough und Anderson (2013) durch die Denormalisierung und Stigmatisierung des Rauchens, die von einigen Befragten sehr stark erlebt wird („normal kann ich nicht sein“, K_w4_64, 52).

Insgesamt wird Tabakabhängigkeit als komplexes Geschehen konzeptualisiert, in dem neben biologischen und substanzbezogenen Effekten psycho-soziale Faktoren, körperliche Erfahrungen, Verhaltensmuster und soziale Kontexte miteinander verbunden sind. Das biomedizinische Verständnis hat hingegen eine eher nachrangige Bedeutung. Zu diesem Ergebnis kommen auch Pfeffer et al. (2018) in ihrem Review zum Verständnis der Abhängigkeit bei Raucher*innen. Sie weisen allerdings darauf hin, dass Forschung zwischen abhängigem Tabakkonsum und Nikotinabhängigkeit unterscheiden und mehr Sorgfalt bei der Verwendung der Begrifflichkeiten walten lassen sollte. Auf diese Weise können Forschungsergebnisse an Klarheit gewinnen. Dies auf dem Hintergrund steigenden Konsums von tabakfreien Nikotinprodukten wie der E-Zigarette, die ebenfalls über ein Abhängigkeitspotenzial verfügen und das Risiko des langfristigen Nikotinkonsums bergen. In dieser Studie wurde nicht nach den Konzeptualisierungen von Nikotin und Tabak differenziert. Einzelne Befragte benennen ausdrücklich die abhängigkeitserzeugende Wirkung des Nikotins (z.B. S_w10_31), andere beziehen die Abhängigkeit auf die Zigarette. Da in den Interviews jedoch nicht explizit nach der Unterscheidung gefragt wurde, ist eine weitere Analyse nicht möglich.

Aus der Perspektive der Agentivität korrespondiert eine niedrige individualisierte Agentivität oder SWE mit einer hohen Agentivierung der Abhängigkeit und umgekehrt hängt eine der Abhängigkeit zugeschriebene niedrige Handlungsmacht mit einer hohen SWE zusammen. Eine Ausnahme bildet Typus 2, bei dem sich eine hohe Agentivität sowohl der Abhängigkeit als auch des Individuums findet. Möglicherweise kann diese Konstruktion darauf zurückgeführt werden, dass der Rauchstopp 4,5 Monate bzw. zwei Jahre zurückliegt und die Retrospektive mit einer veränderten Agentivierung einhergeht. Dieser Befund unterstützt die Annahme, dass Agentivitätskonstruktionen immer auch in der Interaktion erfolgen und es sich um Momentaufnahmen handelt.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Agentivitätskonstruktionen eine spezifische Funktion im Sinne einer Bewältigungsstrategie haben. Mit ihnen können der Tabakkonsum selbst sowie Erfol-

ge, Mißerfolge und Schwierigkeiten beim Ausstieg erklärt werden; sie sind weiter verknüpft mit Verhaltensweisen, die als angemessen gelten und das eigene Verhalten legitimieren können. Wie genau die Beziehung zwischen der individualisierten Agentivität und der Konzeptualisierung der Abhängigkeit aussieht, konnte im Rahmen dieser Forschung nicht weiter geklärt werden und bedarf einer spezifischen Fragestellung im Rahmen weiterführender Forschung. Deutlich wurde aber, dass die auf das Abstinenzvorhaben bezogene Agentivität sich aus drei Quellen speist: a) die Selbsteinschätzung der Fähigkeit, getroffene Entscheidungen umsetzen zu können; b) Erfahrungen früherer Aufhörversuche und c) Erfahrungen mit Verhaltensänderungen. Bandura (1997) nennt neben Erfahrungen von (Miß-)Erfolg als Quellen der SWE physiologische Reaktionen, das Beobachten erfolgreicher Modellpersonen sowie soziale Unterstützung. In dieser Untersuchung werden die beiden letztgenannten Aspekte den Copingstrategien zugeordnet, da sie für die Agentivität eine eher nachrangige Bedeutung zu haben scheinen. Gleichwohl können sie im Ausstiegsprozess stärkend oder schwächend auf die Einschätzung der Abstinenzfähigkeit und die Agentivierung der Abhängigkeit zurückwirken (s. Abbildung 18).

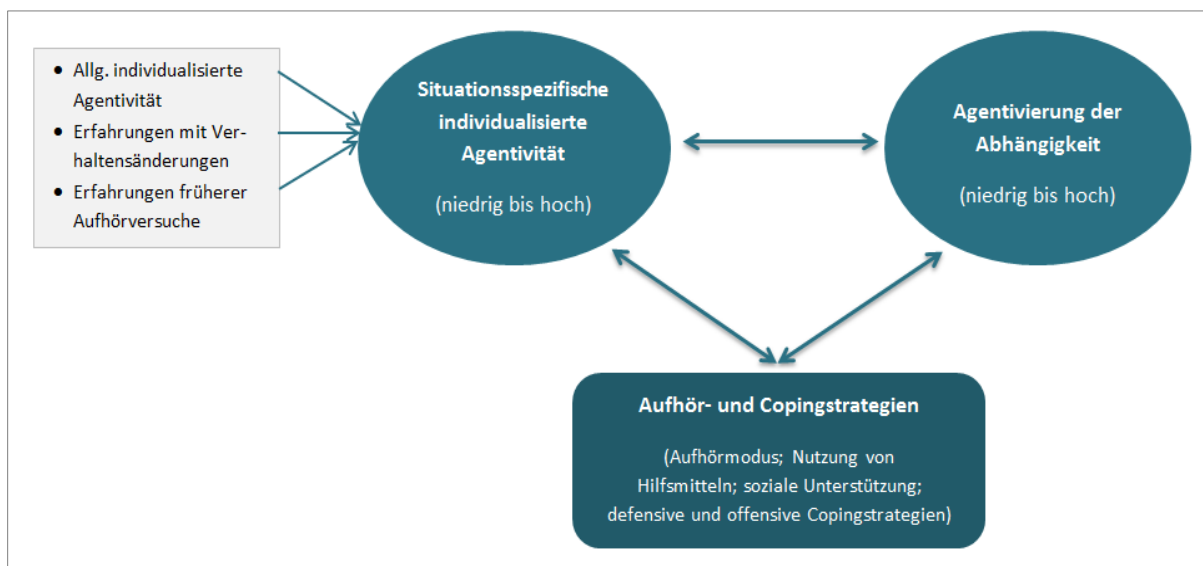


Abbildung 18: Zusammenhang von individualisierter Agentivität, Konzeptualisierung der Abhängigkeit und Aufhörstrategien

Die Wahl der Aufhörstrategien knüpft an die Konzeptualisierungen der Abhängigkeit und die SWE an wie die Typenbildung verdeutlicht. Erst die Kombination dieser drei Aspekte ermöglicht, die subjektive Sinnstruktur nachzuvollziehen, die der Gestaltung des Aufhörprozesses zugrunde liegt. Es zeigt sich, dass die Aussteiger*innen, die das naturwissenschaftlich-medizinische Konzept von Abhängigkeit rezipiert haben, sich als weitgehend handlungsunfähig und ohnmächtig gegenüber der Abhängigkeit konstruieren (Typus 5). Die individualisierte Agentivität wird niedrig und die Agentivität der Abhängigkeit hoch eingeschätzt. Sie sind auch diejenigen, die am stärksten auf Hilfsmittel wie NET

und externe Ressourcen zurückgreifen. Dieses Ergebnis bestätigt Befunde von Pfeffer et al. (2018), die einen Zusammenhang zwischen dem biomedizinischen Verständnis von Tabakabhängigkeit und der Verwendung von pharmakologischen Ausstiegshilfen festgestellt haben. Auf der anderen Seite findet sich eine hohe SWE verbunden mit einer niedrigen Agentivität der Abhängigkeit; diese Konstruktion ist verbunden mit der Ablehnung von Strategien und Hilfsmitteln und der Betonung interner Ressourcen für den Ausstieg (Typus 1).

9.5 IMPLIKATIONEN FÜR DIE TABAKENTWÖHNUNG

Aus den Ausführungen ergeben sich Anforderungen an die Tabakentwöhnung, die sich auf die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive und die Reflektion des Verständnisses von Abhängigkeit beziehen. Beide Aspekte sollen im Folgenden diskutiert und es sollen Anregungen für ihre Integration in die Tabakentwöhnung gegeben werden.

9.5.1 GESCHLECHTSREFLEXIVE PERSPEKTIVE

In Kapitel vier wurde verdeutlicht, dass keine konsistenten Ergebnisse für systematische Unterschiede zwischen den Geschlechtern vorliegen, sondern Frauen und Männer vielmehr heterogene Gruppen sind. Gleichwohl werden in Theorie und Praxis der Tabakentwöhnung Geschlechterzuschreibungen perpetuiert, für die es keine ausreichende Evidenz gibt. Hierzu gehören die im Vergleich zu Männern größeren Schwierigkeiten von Frauen, mit dem Rauchen aufzuhören, eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung bezogen auf die Abstinenzfähigkeit, die höhere Bedeutung sozialer Unterstützung sowie (fortgesetzter) Tabakkonsum aus Gründen der Gewichtskontrolle. Damit werden weibliche Stereotype verfestigt, die Sorge um das physische Erscheinungsbild und Attraktivität ausschließlich mit Weiblichkeit verbunden und außerdem Mythen der Tabakindustrie bedient (z.B. *Virginia slims*) (Greaves, 2015; Bottorff et al., 2012). Die Ausführungen haben außerdem gezeigt, dass die vielfach geforderte Berücksichtigung von Geschlechteraspekten vor allem in Form von frauenspezifischen Themen und problematischen Subgruppen wie rauchende Schwangere erfolgt. Männerspezifische Perspektiven werden hingegen weitgehend ausgeblendet, Genusgruppen werden homogenisiert und Tabakkonsum wird nicht in seinem gesamten sozialen Kontext verstanden.

Die Integration der Genderperspektive ist an einige Voraussetzungen geknüpft. Schigl (2018) betont zu Recht, dass wichtige Voraussetzungen für die Berücksichtigung von Geschlecht politischer Wille, Kompetenzen und Wissen sind. Nur wenn auf der politischen bzw. der Leitungsebene einer Organisation bzw. Institution der Wille zum Gender Mainstreaming vorhanden ist, werden Ressourcen für seine Umsetzung bereitgestellt und verbindliche Vereinbarungen getroffen (Jahn, 2004). Im Umsetzungsprozess selbst müssen Wissensbestände aus Geschlechterperspektive kritisch überprüft wer-

den und genderbezogenes Wissen erworben werden. Instrumente, die hierfür zur Verfügung stehen, wie z.B. der Fragenkatalog von Schwarting (2005), wurden in Kapitel 5.3.3 vorgestellt. Instrumente dieser Art ermöglichen die systematische Überprüfung von Analysen, Konzepten, Methoden und Rahmenbedingungen aus Geschlechterperspektive. Auf diese Weise wird vorhandenes Fachwissen durch Genderwissen ergänzt. Für die Umsetzung des erworbenen Wissens in konkretes Handeln kann an bereits vorhandene Kompetenzen im jeweiligen Arbeitsfeld angeknüpft werden. Geforderte Akteure, die diese Prozesse voranbringen und die entsprechenden Inhalte generieren könnten, sind neben den Ressorts der Bundes- und Landespolitik, die Fachgesellschaften wie die *Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.* sowie diejenigen Institutionen, die Konzepte zur Tabakentwöhnung entwickeln, umsetzen und evaluieren, wie das IFT, das DKFZ und die BZgA.

Für die Praxis der Tabakentwöhnung bedeutet es, dass Professionelle nicht nur Wissen über die relevanten biologischen Aspekte haben, sondern verstehen und erkennen, dass auch die sozialen Aspekte von Geschlecht im Ausstiegsgeschehen bedeutsam sein können. Voraussetzung hierfür ist, dass Berater*innen und Kursleiter*innen in der Tabakentwöhnung ihre eigenen Geschlechterzuschreibungen reflektieren und die Selbstpräsentationen von Aufhörwilligen auch auf dem Hintergrund von Geschlechterbildern verstehen. Erst dann können sie Ausstiegswilligen den Rahmen zur Reflektion ihres Verständnisses von Weiblichkeit bzw. Männlichkeit im Kontext von Tabakkonsum und Entwöhnung zur Verfügung stellen. Für die genderspezifische Suchthilfe wurden bereits Zielsetzungen und Themenschwerpunkte formuliert. Neben der Reflektion des Verständnisses von Weiblichkeit bzw. Männlichkeit sollte in der Arbeit mit Frauen die Förderung von Selbstbestimmung, Selbstvertrauen und Wertschätzung sich selbst gegenüber, die Wahrnehmung und Durchsetzung eigener Bedürfnisse und Interessen sowie die Förderung von Konfliktfähigkeit, Abgrenzung und Durchsetzungsfähigkeit insgesamt im Mittelpunkt stehen. Männer sollten für die Funktionalisierung von Substanzkonsum zur Konstruktion der eigenen Männlichkeit sensibilisiert werden, sie sollten in ihrer differenzierten Körperwahrnehmung, dem Ausdruck von Gefühlen und Emotionen unterstützt werden, neue Bilder von Männlichkeit entwickeln und Ressourcen und Eigenschaften unabhängig von Werten der Leistungsorientierung wertschätzen können (Heinzen-Voß & Ludwig, 2016; Bundesamt für Gesundheit, 2005; LWL, 2006; Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW BELLA DONNA, 1999). In den Tabakentwöhnungskursen bietet die Arbeit an funktionalen und dysfunktionalen Kognitionen hierfür einen guten Anknüpfungspunkt. Die Teilnehmenden können individuell reflektieren, welche mit der Geschlechtsrolle verbundenen Kognitionen funktional bzw. dysfunktional sind und wie diese positiv für den Ausstieg genutzt werden können. Zielsetzung einer solchen Arbeit ist, dass die Rauchaussteiger*innen sich selbst besser verstehen, evtl. rigide Geschlechterstereotype aufweichen und ihr Spektrum von Verhaltensweisen erweitern. Tabakentwöhnung sollte daher explizit darauf zielen, Ge-

schlechtertypisierungen entgegenzuwirken und gesundheitsförderliche Gendernormen und -rollen zu fördern. Damit würde an die v.a. im U.S.-amerikanischen Raum postulierte *gendertransformative* Tabakkontrolle angeknüpft. Diese geht über gendersensible Interventionen hinaus und fordert Politik und Akteure der Tabakentwöhnung dazu auf, den Abbau geschlechtsbezogener und sozialer Ungleichheit explizit zu fördern (Bottorff et al., 2014).

Gendersensible Tabakentwöhnung sollte so konzipiert sein, dass sie Frauen und Männern den Zugang zu den Angeboten erleichtert, indem sie diese zielgruppenspezifisch anspricht. Stereotype Vorstellungen sind zwar zu berücksichtigen, aber „*in den Dienst der Gesundheitsförderung*“ zu stellen wie Pfeffer und Alfermann (2006: 71) es formulieren. Diese Gratwanderung kann nur gelingen, wenn gendersensible Ziele definiert und positive Repräsentationen von Männlichkeit und Weiblichkeit genutzt werden, die Stereotypen entgegenwirken (Bottorff et al., 2014).

9.5.2 SUCHTREFLEXIVE PERSPEKTIVE

Nicht nur Geschlechterzuschreibungen sind kritisch zu reflektieren, sondern auch (Selbst-)Zuschreibungen der Abhängigkeit. Die in der Tabakentwöhnung vorherrschende naturwissenschaftlich-medizinische Perspektive führt dazu, dass Genderaspekte sowie der soziale Kontext, der Rauchen fördert oder hindert, vernachlässigt werden (Bottorff et al., 2014). Im Vordergrund stehen vielmehr neurobiologische Prozesse des Substanzkonsums, die das dopaminerge System betreffen und nicht kontrolliert werden können, sowie die Zwanghaftigkeit des Konsumverhaltens. Diese Perspektive schränkt die Handlungsmacht des Individuums ein (Dollinger & Schneider, 2005; Dollinger & Schmidt-Semisch, 2007). Gleichzeitig sollen Substanzabhängige ihre Abhängigkeit überwinden und ihr Konsumverhalten ändern; für diese Verhaltensänderung sollen sie die notwendige SWE entwickeln.

„Exactly how can people who are, by definition, chronically afflicted by a disease that is beyond their own personal control be empowered to master this disease through participation in a therapeutic community? And [how do] participants in treatment discourse (...) distinguish between the actions taken by the program participants and the effects of their addictions?“
Weinberg (2000: 607).

Dieses als *Agency-Paradoxon* bezeichnete Dilemma (McCullough & Anderson, 2013) erschwert die Umsetzung von Verhaltensänderungen und die Förderung der Fähigkeit zur Selbstkontrolle. Für die Tabakentwöhnung stellt es eine Herausforderung dar. Angebote der Tabakentwöhnung müssen, so Schmitt und Köhler (2006) die Dekonstruktion abhängigkeitsfördernder Konzepte, ihre Umdeutung oder die Entwicklung selbstermächtigender Bilder fördern. Das Verständnis von Abhängigkeit ist in der Weise zu kommunizieren, dass Menschen davon überzeugt werden, dass ein Ausstieg aus dem Substanzkonsum möglich ist (Heather, 2017). Ziel muss weiter sein, Selbsthilfepotentiale und Potential zu selbstverantwortlichem Handeln zu stärken (Dollinger & Schmidt-Semisch, 2007). Für die Pra-

xis der Tabakentwöhnung bedeutet dies, so McCullough und Anderson (2013), dass Agentivität und der soziale Kontext an die Stelle von dysfunktionaler Neurophysiologie treten. Damit würden Aufhörwillige darin unterstützt, ihren Tabakkonsum besser zu verstehen und an dysfunktionalen Kognitionen im Zusammenhang ihrer Agentivitätskonstruktionen zu arbeiten. Berater*innen bzw. Therapeut*innen hätten in jeder Phase des Ausstiegs konstruktive Anknüpfungspunkte für die Unterstützung. Verhaltensänderungen bedürfen immer auch einer Reflektion des bisherigen Verhaltens. Die Materialien zur Tabakentwöhnung enthalten daher Anleitungen zur Selbstbeobachtung und -reflektion. In den Kursen sollen die Teilnehmenden ihre SWE einschätzen, dysfunktionale durch funktionale Kognitionen ersetzen und ihre tabakkonsumbezogenen Einstellungen verändern. Die Selbsteinschätzung der SWE auf einer entsprechenden Skala unterstützt die Selbstreflektion und kann außerdem eine motivationale Wirkung haben, wie die Interviews gezeigt haben. Die in dieser Arbeit analysierten Zuschreibungen von Handlungsmacht stellen hingegen einen etwas komplexeren Zugang dar. Ihre Reflektion umfasst neben der quantitativen auch die qualitative Dimension der subjektiven Wirkmächtigkeit. Diese umfassendere Perspektive ermöglicht, relevante Akteure und die Bedeutungen, die ihnen zugeschrieben werden, als Netz von Agentivierungen zu verdeutlichen. Auf diese Weise können für Aussteiger*innen Hindernisse bei der Umsetzung ihrer Aufhörmotivation in konkretes Handeln, im HAPA bezeichnet als Absichts-Verhaltens-Lücke, transparenter werden. Die Explikation der subjektiven Konzeptualisierungen der Abhängigkeit ermöglicht die aktive Bearbeitung des Agency-Paradoxons und die Reflektion der eigenen Aufhör- und Copingstrategien. Neue Potenziale für den Ausstieg können erschlossen und das Spektrum der Copingstrategien erweitert werden. Es ist anzunehmen, dass diese Arbeit die SWE stärken und sich positiv auf die psychischen Kapazitäten auswirken könnte, wie sie im inneren Kreis des *Behaviour Change Wheel* von Michie und Kolleg*innen (Michie et al., 2011), beschrieben sind. Hierdurch würden die Wahl der Aufhör- und Copingstrategien spezifischer und die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung des Abstinenzvorhabens verbessert.

Eine Methode zur Bearbeitung von Agentivitäten sind narrative Therapieformen. Diese ermöglichen, das Unbewußte zu verbalisieren, das Problem zu externalisieren und Klarheit über das Problem selbst zu gewinnen. Auf diese Weise erhalten Aussteiger*innen die Möglichkeit, ihre Perspektiven, Realitäten und Agentivitäten einzubringen und damit zu arbeiten (McCullough & Anderson, 2013). Agentivität drückt sich darin aus, wie die*der Erzähler*in ihre*seine Handlungsmöglichkeiten bezogen auf die

Geschehnisse in ihrem*seinen Leben versprachlicht (Bamberg, 1999) (s. auch Kapitel 7.7.3)⁷². Um Agentivitäten in Narrationen zu entdecken, müssten Berater*innen daher lernen, auf agentive Sprache zu achten. Als geeignete Techniken schlagen McCullough und Anderson (2013) diskursive und narrative Therapieansätze vor. Der narrative Ansatz, der auf Michael White zurückgeht, bezieht sich auf Geschichten und Erzählungen als Quellen der Sinnggebung (White & Epston, 1990). In der Suchttherapie kann ihr Einsatz dazu dienen, Unbewußtes zu explizieren, Probleme zu externalisieren und Klarheit über das Ausmaß des Problems zu gewinnen mit dem Ziel, neue Perspektiven zu entwickeln. Die bestehenden Entwöhnungsprogramme bieten gute Anknüpfungspunkte für diese Arbeit, ohne dass zwangsläufig ein neues Modul entwickelt werden muss. Vielmehr kann die Reflektion von Agentivitätskonstruktionen und Konzeptualisierungen der Abhängigkeit in die Arbeit an (dys-)funktionalen Kognitionen aufgenommen und das entsprechende Modul durch diese Perspektive ergänzt werden (Torchalla et al., 2013).

9.6 REFLEKTION DES METHODISCHEN VORGEHENS

An qualitative Sozialforschung werden Qualitätskriterien angelegt, die sich von denjenigen quantitativer Studien unterscheiden. Die Zielsetzung ist jedoch die gleiche und bezieht sich auf die Einschätzung der Belastbarkeit der Daten. Für die qualitative Sozialforschung sind die folgenden Qualitätskriterien von Bedeutung: (a) Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die durch transparente Explikation des Forschungsprozesses gewährleistet wird, (b) Indikation des Forschungsprozesses, d.h. Passung von Fragestellung und Methodenwahl, (c) empirische Verankerung gewährleistet durch ausreichende Textbelege, (d) Limitation, d.h. transparente Angaben zum Grad möglicher theoretischer Verallgemeinerung der Ergebnisse, (e) reflektierte Subjektivität der Forscherin, (f) Relevanz der bearbeiteten Fragestellung sowie (f) Kohärenz der Theorie unter reflektierter Betrachtung von evtl. Widersprüchen (Steinke, 2012). Die Qualitätskriterien werden im Folgenden entlang der Vorgehensweisen und Entscheidungen im Forschungsprozess dargestellt und diskutiert.

Datenerhebung

Tabakentwöhnung ist ein seit Jahrzehnten gut erforschtes Feld. Es liegen eine fast unüberschaubare Fülle von v.a. quantitativen Studien zu Aufhörstrategien, Hilfsmitteln für den Ausstieg und deren Effektivität vor. Auch zum Zusammenhang von Rauchen bzw. Tabakentwöhnung und Geschlecht

⁷² Auch Metaphern können wertvolle Hinweise auf Zuschreibungen von Handlungsmacht geben, stellen jedoch eine andere Form der Analyse und des methodischen Vorgehens dar (z.B. Schmitt & Köhler, 2006). Für den Alkohol- und Tabakkonsum liegen hierzu Arbeiten von Schmitt vor (Schmitt, 2009a, 2009b).

liegen zahlreiche Erkenntnisse vor (s. Kapitel zwei bis sechs). Da also ein hohes Maß an Vorwissen in diese Forschungsarbeit einging, schien es angemessen, als Erhebungsmethode das halbstrukturierte, problemzentrierte Interview zu wählen (s. Kapitel 7). Der Interviewleitfaden wurde als interdisziplinäre Gruppenarbeit im Rahmen eines Seminars zur qualitativen Sozialforschung entwickelt. Auf diese Weise konnten unterschiedliche Perspektiven integriert werden. Für die Interviewsituation selbst diente er als Stütze, um die interessierenden Bereiche im Bedarfsfall anzusprechen.

Unerwartete Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Interviewpersonen führten dazu, dass die angestrebte Anzahl von 18 Interviews und ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis nicht erreicht werden konnten. Letztlich konnte der Anspruch des theoretischen Samplings nicht eingelöst werden und bis auf wenige Ausnahmen wurden alle an einem Interview Interessierten in das Sample aufgenommen. Ursprünglich war geplant, Rauchaussteiger*innen in der akuten Phase des Ausstiegs bis zu sechs Wochen nach ihrem Rauchstopp zu interviewen, um möglichst aktuelle Sichtweisen zu erfassen. Dies gelang für die Gruppe der Teilnehmer*innen an einem Entwöhnungskurs. In die Gruppe der selbstständig Aufhörenden wurden jedoch fünf Interviewpersonen eingeschlossen, deren Rauchstopp bereits länger zurücklag⁷³. Es muss davon ausgegangen werden, dass diese Interviews eine in der Retrospektive veränderte Einschätzung und Bewertung des Ausstiegs beinhalten können. Obwohl in allen Interviews die Themenfelder des Interviewleitfadens erfragt wurden, kann der Einfluss des zeitlichen Abstandes zum Rauchstopp nicht ausgeschlossen werden. Denkbar sind verschiedene Formen: möglicherweise fällt es retrospektiv leichter, von Schwierigkeiten, Zweifeln am Erfolg und Angst vor dem Scheitern zu berichten als in der aktuellen Situation, weil der Erfolg bereits erzielt wurde. Es ist aber auch denkbar, dass durch die zeitliche Distanz Einzelheiten nicht mehr genau erinnert oder anders bewertet werden.

Es zeigte sich, dass insbesondere die männlichen Rauchaussteiger sehr schwierig zu rekrutieren waren. Obwohl sich in etwa gleich viele Frauen und Männer auf den Aufruf meldeten, kamen mit allen Frauen, nicht jedoch mit allen Männern Interviews zustande. So wurde ein bereits vereinbarter Interviewtermin mit einem Mann von diesem wieder abgesagt. In dem dazugehörigen Telefongespräch wurde deutlich, dass sich der Rauchstopp für den betreffenden Mann schwieriger gestaltete, als er erwartet hatte und er aus diesem Grund das Interview nicht führen wollte. Ein weiterer Termin mit einem Raucher, der im Rahmen eines Entwöhnungskurses aufhören wollte zu rauchen, kam nach einem ersten Kontakt und seiner erklärten Bereitschaft zum Interview nicht zustande und auch hier gab es Hinweise darauf, dass ein Grund hierfür Probleme beim Rauchstopp waren. Die Vermutung

⁷³ Dies betrifft im Wesentlichen drei Interviews. Der Rauchstopp lag hier 8 Wochen, 11 Wochen, 4,5 Monate bzw. zwei Jahre zurück.

lag daher nahe, dass insb. für Männer Schwierigkeiten beim Ausstieg oder gar Rückfälle und Scheitern des Vorhabens ein Hindernis für die Teilnahme an der Befragung darstellten. Es stellte sich daher methodisch die Frage, ob der Zeitpunkt für die Interviews mit Männern tatsächlich gut geeignet sei und ob diese nicht vielmehr zu einem späteren Zeitpunkt befragt werden sollten, in der Annahme, dass auch Schwierigkeiten, Schwächen und Mißerfolge v.a. von Männern eher thematisiert werden können, wenn diese bereits auch längerfristig bewältigt werden konnten. Die Einschlusskriterien wurden daher angepasst und es wurden zwei männliche Interviewpersonen, deren Ausstiege bereits 4,5 Monate bzw. zwei Jahre zurücklagen, mit in die Studie aufgenommen. Beide Fälle wurden Typus 2 zugeordnet. Möglicherweise ist dieser Typus von der zeitlichen Distanz zum Ausstieg und vom Entwöhnungserfolg verzerrt.

Der Anspruch der theoretischen Sättigung hätte mit einer größeren Anzahl von Interviewpersonen eher eingelöst werden können, war aber im Rahmen dieser Forschungsarbeit nicht erfüllbar. Dennoch deckt das zustande gekommene Sample eine Bandbreite von bedeutsamen Merkmalen ab (Alter, Bildungsgrad, Migrationshintergrund, Rauchgewohnheiten, konsumbezogene Biographie). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass für die Auswertung eine Vielfalt von Perspektiven zur Verfügung stand, so dass die Verallgemeinerung, wie sie im Rahmen der Typenbildung vorgenommen wurde, zulässig scheint.

Für die Bearbeitung der Forschungsfrage hätte sich die komplementäre Durchführung von geschlechtshomogenen Gruppendiskussionen angeboten. Diese waren zwar angestrebt und auch die Rekrutierung von Interviewpersonen erfolgte zwischenzeitlich gezielt, um Teilnehmende für Gruppendiskussionen zu gewinnen. Leider kamen aber mangels Rückmeldungen keine Gruppen zustande. Die Interviewdaten wurden durch einen Fragebogen zu soziodemografischen Merkmalen und den Fagerström-Test ergänzt. In der Auswertung zeigte sich jedoch, dass die Stärke der Abhängigkeit unbedeutend für die Konstruktionen der Agentivität ist. Die Testergebnisse werden zwar noch bei der Darstellung des Samples aufgeführt. Im weiteren Ergebnisteil finden sie keine Berücksichtigung mehr. Überdies ist der Fagerström-Test ein Instrument zur Vorhersage der kurz- und langfristigen Abstinenz von Raucher*innen. Es stellt sich daher die Frage, welche Aussagekraft ihm zukommt, wenn er nach erfolgtem Rauchstopp und ersten Erfahrungen mit der Abstinenz, also retrospektiv, eingesetzt wird.

Auswertung und Ergebnisdarstellung

Die Entscheidung für die Auswertungsmethode war ein längerer Prozess, in dem die Passung des Forschungsgegenstandes mit der Methode entwickelt wurde. Mit dem *Thematischen Kodieren* wurde eine Methode gewählt, die geeignet war, das umfangreiche Vorwissen zu berücksichtigen, d.h. de-

duktiv an das Material heranzugehen, und gleichzeitig offen genug war, um induktiv zu arbeiten. Da die Erhebung sich über einen längeren Zeitraum erstreckte, wurden parallel zur Rekrutierung sukzessiv erste Auswertungen vorgenommen. Erst die Sichtung des Materials legte nahe, die Agencyperspektive als zentrale Analyseheuristik zu nutzen. Dieses Vorgehen kristallisierte sich im Laufe des Forschungsprozesses als zielführend heraus. Wäre diese Perspektive bereits an die Konstruktion des Leitfadens angelegt worden, so wären womöglich andere Schwerpunkte gesetzt worden. Die Auswertung ließ erkennen, dass Agentivität eine zentrale Rolle im Entwöhnungsgeschehen spielt. Es bildeten sich Muster der individualisierten Agentivität und der agentivitätsbezogenen Vorstellungen von Abhängigkeit heraus, die nicht nur im Zusammenhang zueinander standen, sondern auch eine Passung zu den gewählten Aufhör- und Copingstrategien zeigten. Der ursprünglich vorgesehene Gruppenvergleich zwischen selbstständig Entwöhnenden und Kursteilnehmer*innen sowie zwischen Männern und Frauen erwies sich hingegen als nicht zielführend, da sich keine systematischen Unterschiede zwischen diesen Gruppen zeigten. Vielmehr mischten sich die Gruppen bei der Strukturierung des Materials nach Rekonstruktionen der Agentivität fast vollständig. Daher wurde zur Verdichtung des empirischen Materials und Ableitung von Verallgemeinerungen eine qualitative Typenbildung vorgenommen. Kruse (2014) spricht zwar davon, dass die Bildung von Typologien erst bei größeren Fallzahlen sinnvoll ist ($N \geq 20$ Interviews). Da jedoch die gefundenen Zusammenhänge am besten über eine Typenbildung dargestellt werden konnten, schien diese Vorgehensweise die geeignete Form, die Befunde zu gruppieren. Hierfür wurde ein mehrdimensionales Vorgehen gewählt, in dem die induktiv entwickelten, relevanten Untersuchungskategorien (individualisierte Agentivität, Konzeptualisierung der Abhängigkeit, Aufhörstrategien) miteinander kombiniert wurden. Auf diese Weise konnten Sinnzusammenhänge rekonstruiert werden. Grundsätzlich stehen für die Typenbildung verschiedene Vorgehensweisen zur Verfügung. Um möglichst nah am Material zu bleiben, wurden alle Fälle in die Typenbildung einbezogen und nicht etwa Prototypen oder Idealtypen gebildet (s. Kapitel 7.7.4). Dies geht zwar an einzelnen Punkten zu Lasten der Trennschärfe der Typen, wurde aber zugunsten des engen Bezugs zum empirischen Material bevorzugt. Die gebildeten Typen umfassen jeweils nur zwei bis drei Fälle. Dem relativ kleinen Sample steht also möglicherweise eine etwas zu kleinteilige Typenbildung gegenüber. So kommt es auch inhaltlich zu Überschneidungen zwischen den Typen. Auffällig ist, dass die Typenbildung eine klare Geschlechterverteilung zeigt: die ersten beiden Typen umfassen die männlichen Interviewpersonen, die drei weiteren Typen alle weiblichen Erzählpersonen. Die Frage, ob die Verteilung bei einem größeren Sample weniger geschlechtshomogen gewesen wäre, muss leider offenbleiben.

Um die Interpretationen für die Lesenden nachvollziehbar zu machen und die empirische Verankerung der Ergebnisse zu verdeutlichen, ist die Ergebnisdarstellung mit Interviewzitate unterlegt. Außerdem sind Transkriptionsregeln sowie ein Transkriptionsbeispiel im Anhang dokumentiert.

Validierung durch Forschungsgruppe

Die Validierung von Interpretationen wird üblicherweise durch den interpersonalen Konsens als Gütekriterium sichergestellt (Bortz & Döring, 2006). Der*die Forscher*in läuft immer Gefahr, dem zu interpretierenden Material das eigene Relevanzsystem gleichsam *aufzudrücken*, ohne sich dessen bewusst zu sein. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit boten die regelmäßigen Treffen einer Auswertungsgruppe von Promovierenden der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld die Möglichkeit, eigenes Interviewmaterial zu diskutieren. Die Diskussionen im Rahmen der Konsensbildung bezogen sich auf unterschiedliche Interpretationen und Lesarten einzelner Textpassagen. Die Forscherin hatte außerdem die Möglichkeit, ihre eigene Lesart und Interpretation zur Reflektion in der Gruppe zur Diskussion zu stellen. Von besonderer Bedeutung war es angesichts der Forschungsfrage, das Interviewmaterial zunächst ohne die Angabe des Geschlechts der Interviewperson zu diskutieren und zu interpretieren, um nicht vorschnell geschlechtsbezogene Deutungen vorzunehmen bzw. eigene Deutungsweisen auch auf dem Hintergrund von Geschlechterzuschreibungen zu reflektieren (s. auch unten).

Probleme und Lösungen geschlechterbezogener Forschung

Forschung, die sich auf Geschlechteraspekte bezieht, bewegt sich immer auf dem schmalen Grat der Reifizierung von Geschlechterzuschreibungen. Mit dem Blick durch die Geschlechterbrille werden u.U. Unterschiede festgestellt, wo vielleicht gar keine vorhanden sind, sie werden durch eine Fokussierung überbewertet oder rekonstruiert statt sie als Konstruktionen zu bewerten. „*In die Untersuchung wird hineingetragen, was man eigentlich erforschen möchte, nämlich die Alltagsbedeutung von Geschlecht*“ (Degele & Schirmer, 2004). Geschlechterzuschreibungen setzen die Annahme von Zweigeschlechtlichkeit voraus. Zweigeschlechtlichkeit ist außerdem verbunden mit Heteronormativität, die Butler (1997) als binäres Wahrnehmungs-, Handlungs- und Denkschema, das von Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität als Selbstverständlichkeit ausgeht, beschreibt. Das Paradigma der Heteronormativität funktioniert aus Sicht von Butler als gesellschaftliches Ordnungsprinzip in Institutionen und Beziehungen. Forschung, die nach Geschlecht differenziert, läuft also Gefahr, dem eigentlichen Zweck von Forschung, nämlich Neues zu entdecken, zuwider zu laufen (ebd.).

Die nötige Offenheit im Forschungsprozess gelingt durch methodische Sorgfalt und systematische Kontrolle des Fremdverstehens (Helfferich, 2009). Um also nicht in die methodische Falle der Reifizie-

rung zu tappen, wurde das Interviewmaterial für die Diskussion in der Forschungsgruppe im Hinblick auf das Geschlecht der Interviewperson verblindet und erst nach Diskussion des Materials offengelegt. Das Material wurde mit der Frage, was es bedeuten würde, wenn die Äußerungen von einer Person des anderen Geschlechts erfolgt wären, anschließend erneut diskutiert. Die Forscherin war stets gefordert, die eigenen Zuschreibungen zu reflektieren und zu überdenken. Für den Auswertungsprozess wurde die Kategorienbildung unabhängig von Geschlecht vorgenommen, d.h. die Geschlechtszugehörigkeit bildete keine (Sub-)Kategorie für die Strukturierung der Ergebnisse und Geschlechterunterschiede wurden dann aufgegriffen, wenn sie aus dem Material hervortraten. Auch für die Typenbildung hatte Geschlecht als Kriterium für die Zuordnung und Gruppierung keine Bedeutung.

Die Interviews enthalten Äußerungen zu Geschlechterzuschreibungen. Diese erfolgten in wenigen Interviews spontan, ohne dass danach gefragt wurde, und bezogen sich auf angenommene Unterschiede im Rauchverhalten, im Umgang mit dem eigenen Körper und der Gesundheit sowie auf Unterschiede bezogen auf die Fähigkeit, das Rauchen aufzugeben. In anderen Interviews wurde eine entsprechende Frage gestellt (s. Leitfaden im Anhang), die unterschiedlich beantwortet wurde. Meist wurde sich bei der Einschätzung auf das persönliche Umfeld bezogen. Hatte also bspw. der Partner ähnlich große oder größere Schwierigkeiten, das Rauchen aufzugeben, so wurden Geschlechterunterschiede eher in Abrede gestellt. Außerdem wurde betont, dass Geschlechtsrollen sich gewandelt haben und Unterschiede nicht mehr so stark vorhanden seien. Die Äußerungen schienen nicht so ergiebig, als dass sie als eigener Punkt in die Auswertung aufgenommen worden wären.

Davon ausgehend, dass Geschlecht (Gender) in der Interaktion und situativ konstruiert wird, ist auch die Interviewsituation zu reflektieren. Sowohl Forscherin als auch Erzählperson ordnen ihre*n Gesprächspartner*in geschlechtsbezogen ein und inszenieren sich selbst als Mann oder Frau. Hiervon ausgehend werden in der Erzählsituation Konstruktionen von Sinnhaftigkeit und Geschlecht vorgenommen. Es ist daher anzunehmen, dass anderes Datenmaterial generiert worden wäre, wenn die Interviews von einem Mann geführt worden wären. In welcher Weise dies die Inhalte beeinflusst hätte, kann allerdings nicht beurteilt werden.

10 FAZIT UND AUSBLICK

Zu Tabakkonsum und -entwöhnung wurden bisher zahlreiche quantitative Studien durchgeführt, die sich vor allem mit der Effektivität der Tabakentwöhnung, Abstinenzraten und Rückfällen beschäftigen. Demgegenüber liegen deutlich weniger qualitative Studien vor. Die vorliegende Arbeit stellt einen Versuch dar, mittels eines qualitativen Vorgehens mehr Einblick in den Ausstiegsprozess und seine wirksamen Faktoren zu erhalten. Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Agencyperspektive als zentrale Analyseheuristik. In der Forschung zur Substanz- bzw. Tabakabhängigkeit finden sich nur wenige Arbeiten, die abhängigkeitsbezogene Einstellungen und Überzeugungen aus der Perspektive der Konsumierenden untersuchen.

Anhand der Typenbildung und der Diskussion können die Forschungsfragen mit folgenden vier Kernbefunden beantwortet werden:

- **Individualisierte Agentivität oszilliert zwischen Willenskraft und Fremdbestimmtheit.**

Den Konstruktionen von Agentivität kommt eine besondere Bedeutung im Ausstiegsgeschehen zu. Die auf den Ausstieg aus dem Tabakkonsum bezogene, situationsspezifische SWE kann mit vier Mustern graduell von hoch, zunehmend, eingeschränkt bis niedrig abgebildet werden. Mit der hohen individualisierten Agentivität ist die Überzeugung verbunden, dass die eigene Willenskraft ausreicht, um den Ausstieg zu schaffen. Eine niedrige SWE zeigt sich am weitgehenden Fehlen von Kontrollmöglichkeiten und einer geringen Abstinenzzuversicht. Die auf den Ausstieg bezogene individualisierte Agentivität speist sich aus der subjektiven Einschätzung der allgemeinen Handlungsmacht, Erfahrungen mit Verhaltensänderungen und früheren Aufhörversuchen. Die Männer des Samples konstruieren sich eher handlungsmächtig; bei den Frauen finden sich eher Konstruktionen einer dynamischen, d.h. im Aufhörprozess wachsenden individualisierten Agentivität sowie einer eingeschränkten bzw. niedrigen Handlungsmacht.

- **Konzeptualisierungen der Abhängigkeit korrespondieren mit den Konstruktionen individualisierter Handlungsmacht.**

Agentivierungen finden im Kontext statt wie die Bezogenheit der Konstruktionen von individualisierter Agentivität und der Konzeptualisierungen der Abhängigkeit zeigt. Wird die SWE niedrig eingeschätzt, so korrespondiert dies mit der hohen Agentivierung der Abhängigkeit und umgekehrt. Ausnahme bildet Typus 2, bei dem davon ausgegangen werden kann, dass die Retrospektive mit veränderten Agentivierungen einhergeht.

- **Agentivitätskonstruktionen bilden den Schlüssel zum Verständnis der Gestaltung des Aufhörprozesses.**

Bei den Agentivitätskonstruktionen werden die individualisierte Handlungsmacht und die Konzeptualisierung der Abhängigkeit aufeinander bezogen. In diesen Konzepten verortet sich das Individuum mit seinen Handlungsmöglichkeiten. Hierdurch wird verständlich, auf welche Ressourcen – eher interne oder externe – zurückgegriffen wird und warum welche Strategien zum Ausstieg, zur Bewältigung von Entzugssymptomen und rückfallkritischen Situationen gewählt werden. Erklärbar wird außerdem, dass vordergründig gleiche Strategien mit unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen und Zielsetzungen unterlegt sein können.

- **Agentivitätskonstruktionen zeigen eine Nähe zu Geschlechterstereotypen.**

Ein weiterer Analysestrang widmete sich der Frage der Bedeutung von Gender im Aufhörprozess. Die gebildeten Typen zeigen eine Nähe zu traditionellen Geschlechterbildern, es wird aber auch deutlich, dass Männer und Frauen heterogene Gruppen sind und die Genusgruppen nicht dichotomisiert werden können. Geschlechtsunterschiede bilden sich vor allem in der Darstellungsweise und Selbstinszenierung ab. Während die Männer des Samples sich eher als handlungsmächtig inszenieren, neigen die befragten Frauen dazu, mehr Zweifel am Ausstiegserfolg zu äußern und sich als weniger handlungsmächtig und im Extremfall als ohnmächtig gegenüber der Abhängigkeit zu konstruieren. Es kann angenommen werden, dass es sich zum einen um Bewältigungsstrategien und zum anderen um geschlechtsrollenkonforme Selbstpräsentationen handelt. Die Wahl der Aufhör- und Copingstrategien lässt sich nicht nach Geschlecht kategorisieren; es finden sich sowohl bei Männern wie bei Frauen offensive bzw. defensive Copingstrategien. Vielmehr werden die mit den gewählten Strategien verknüpften Intentionen und Bedeutungen im Zusammenhang von Agentivitätskonstruktionen verständlich.

Die Ergebnisse verweisen auf Handlungsbedarf in Theorie und Praxis der Tabakentwöhnung. Konstruktionen von Agentivität sind als Konstruktionen subjektiven Sinns und als Bewältigungsstrategie im Aufhörprozess zu verstehen. Mit ihnen können dysfunktionale Kognitionen und auch Potenziale für die Umsetzung der angestrebten Verhaltensänderung verbunden sein. Da es sich meist nicht um vom Individuum bewußt vorgenommene Konstruktionen handelt, ist ihre Reflektion nur durch Explikation möglich. Nur so können die hinderlichen Effekte der Agentivitätskonstruktionen abgebaut und ihre Potenziale für den Ausstieg nutzbar gemacht werden. Die Programme der Tabakentwöhnung bieten im Rahmen der Arbeit an (dys-)funktionalen Kognitionen und der Förderung der SWE gute Integrationsmöglichkeiten für die Perspektive der Agentivität. Die Forschung zur Tabakentwöhnung sollte stärker die subjektive Sicht der Aussteiger*innen fokussieren, um mehr Einblick in das Aus-

stiegs- und das Rückfallgeschehen zu erhalten. Für das Verständnis der stoffgebundenen Abhängigkeiten bietet sich die Agencyperspektive besonders an. Die konsumierte Substanz und die Abhängigkeit werden als Mächte konstruiert, zu denen sich das Individuum mit seiner Handlungsmacht in Beziehung setzt. Es wäre zu prüfen, in welcher Weise diese Analyseheuristik auch für stoffungebundene Süchte nützlich ist.

Eine weitere Anforderung an die Tabakentwöhnung ist die Reflektion von Geschlechterzuschreibungen, die auf den unterschiedlichen Ebenen von Theorie und Praxis notwendig ist. Es konnte gezeigt werden, dass die Tabakentwöhnung einseitig vergeschlechtlicht ist, d.h. dass unter Gender vornehmlich frauenspezifische Aspekte thematisiert werden. Die männliche Perspektive bleibt weitgehend unberücksichtigt. Auf diese Weise werden Geschlechterstereotype verfestigt und Geschlechterzuschreibungen, für die es keine ausreichende Evidenz gibt, perpetuiert. Sowohl Theorie als auch Praxis der Tabakentwöhnung sind gefordert, Stereotypisierungen zu reflektieren und abzubauen. Dies kann nur gelingen, wenn genderbezogene Ziele formuliert und Geschlechterstereotype durch positive Repräsentationen von Männlichkeit und Weiblichkeit ersetzt werden. Berater*innen in der Tabakentwöhnung stehen vor der Anforderung, Genderwissen und Genderkompetenz mit ihrem Fachwissen zu verbinden. Dies beinhaltet auch, Geschlechterdynamiken und -inszenierungen in Entwöhnungskursen verstehen, reflektieren und für den Ausstieg nutzbar machen zu können. Wichtige Voraussetzung ist die Wahrnehmung und Reflektion der eigenen Geschlechtlichkeit als Professionelle*r innerhalb des Berufsfeldes und auf dem Hintergrund der biografischen Lerngeschichte (Heinzen-Voß & Stöver, 2016).

Gender ist außerdem nicht als isoliertes Merkmal, sondern in Kombination mit anderen sozialen Differenzierungen zu betrachten. Es bedeutet, die individualisierte Perspektive auf Tabakkonsum und -entwöhnung zu erweitern und im Kontext nicht nur von Gender, sondern auch von sozialer Lage zu verstehen. Statt auf individuelles Fehlverhalten würde der Blick stärker auf förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen gerichtet, soziale und gesundheitliche Ungleichheit in ihrer Wirksamkeit identifiziert und Stigmatisierung minimiert.

Die Genderperspektive ist bei allen Interventionen in einer Weise mitzuführen, dass mögliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern wahrgenommen werden können, ohne aber Geschlechterzuschreibungen zu reifizieren und Stereotype zu verfestigen. Standards geschlechtergerechter Suchtarbeit sollten in allen Bereichen einer Organisation vom Leitbild, über die Qualifikation der Mitarbeitenden, die Angebotsstruktur, die Darstellung der Angebote, die Rahmenbedingungen und die Gestaltung von Prozessen und Arbeitsabläufen, verankert werden (Heinzen-Voß & Ludwig, 2016). Auf der Ebene von Interventionen ist bei jedem Prozessschritt von der Analyse über die Strategieformulierung, Konzeptionierung und Durchführung von Maßnahmen bis zur Evaluation die Frage nach der

Relevanz von Geschlecht zu beantworten (Jahn, 2004). Zu klären und empirisch zu überprüfen wäre, ob geschlechtshomogene oder geschlechtsspezifische Gruppen eine sinnvolle Vorgehensweise in der Tabakentwöhnung darstellen. Für die gendersensible Suchthilfe wurde diese Frage positiv beantwortet. Die jahrzehntelange frauenspezifische Suchthilfe sowie die jüngere männerspezifische Suchthilfe argumentieren damit, dass geschlechtshomogene Gruppen einen Schutzraum darstellen. Dieser ermöglicht Frauen und Männern eher, sich vulnerabel zu zeigen und das Verständnis ihrer Geschlechterrolle im Kontext des Substanzkonsums zu reflektieren. Für die Tabakentwöhnung wäre zu prüfen, ob geschlechtshomogene Gruppen ein ähnliches Potenzial entfalten können. Wichtig wäre in jedem Fall, dass der*die Berater*in dem gleichen Geschlecht wie die Gruppe angehört und er*sie über die notwendige Genderkompetenz verfügt, um einen solchen Reflektionsprozess zu begleiten.

Auch nach fast zwanzig Jahren Gender Mainstreaming kann nicht davon gesprochen werden, dass es gelungen wäre, dieses Prinzip durchgängig zu verankern. Während es in vielen Bereichen von Public Health zum Standard geworden ist, nach Geschlecht zu differenzieren, hinken andere Themenfelder hinterher. Insbesondere die Suchthilfe scheint eher schwergängig zu sein was die Integration von Gender betrifft. Weder die frauenspezifische Suchthilfe, deren Anfänge in den 1980er Jahren liegen, noch der weitaus jüngere Diskurs um Männlichkeiten und Sucht konnten nachhaltige Veränderungen in der Suchthilfe auslösen. Hierfür können verschiedene Gründe vermutet werden, die eher im fehlenden politischen Willen und daraus resultierend der mangelnden Verpflichtung zur Geschlechterdifferenzierung zu suchen sind. Auch die Qualitätsdiskussion in der Tabakentwöhnung lässt Gendersensibilität als Qualitätsmerkmal vermissen. Themen sind dann attraktiv, wenn mit ihnen die Partizipation an Ressourcen und/ oder Imagegewinn verbunden sind. Gendersensible Suchthilfe kann nur vorangebracht werden, wenn die Vergabe von Fördermitteln an die Bedingung der Berücksichtigung von Gender geknüpft ist und Gender oben auf der politischen Agenda steht.

Wenig hilfreich ist, dass in der Tabakentwöhnung zunehmend die biologischen denn die sozialen Aspekte der Abhängigkeit im Vordergrund stehen. Neurobiologische Erklärungsmodelle der Abhängigkeit gewinnen immer mehr an Bedeutung. Erklärungsansätze, die die Handlungsmacht des Individuums auch im Kontext abhängigen Substanzkonsums betonen, können sich in diesem Feld nur schwer behaupten. Die Vertreter*innen dieser handlungstheoretischen Perspektive halten es für kontraproduktiv, die naturwissenschaftlich-biologische als alleinige Perspektive zu kommunizieren, da sie die Ohnmacht der Abhängigen gegenüber der Wirkung der Substanz in den Vordergrund stellt (Heather, 2017; Graham et al., 2008; McCullough & Anderson, 2013). In diesen Ansätzen wird Abhängigkeit vielmehr als Willensentscheidung und Abhängigkeit vor allem als Störung der Selbstregulation kon-

zeptualisiert. Dies ist – so die Argumentation – insbesondere hilfreich, um Substanzabhängige zu ermutigen, den Ausstieg auf dem Konsum zu unternehmen.

Auf diesem Hintergrund ist eher mit Besorgnis zu betrachten, dass Rauchen immer stärker stigmatisiert und gesellschaftlich geächtet wird. Die Verschiebung der Prävalenzen in Richtung der unteren Bildungsschicht verweist auf den Zusammenhang sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung. Sozial Benachteiligte fangen nicht nur häufiger an zu rauchen, sie hören auch weniger häufig auf. Soziale Benachteiligung ist außerdem mit eingeschränkten Ressourcen und Möglichkeiten der Teilhabe verbunden. Dies kann sich auch auf schlechtere Erfolgchancen bei dem Versuch der Verhaltensänderung auswirken, was wiederum die Kluft zwischen den sozialen Schichten vergrößert. Auch dieser Zusammenhang wird bisher in der Praxis der Tabakentwöhnung nicht ausreichend berücksichtigt und führt nicht dazu, dass Konzepte der Tabakentwöhnung stärker auf diese Bevölkerungsgruppen zugeschnitten würden.

Für die Tabakentwöhnung könnte die Reflektion der subjektiven Konstruktionen der Handlungsmacht und der Agentivierung der Abhängigkeit ein wichtiger Baustein für die Förderung der SWE sein. Die Agencyperspektive spielt auf diese Weise der ressourcenorientierten, akzeptierenden Suchthilfe und der Ressourcenorientierung in der Gesundheitsförderung und Prävention in die Hände.

LITERATURVERZEICHNIS

- Adams, M. & Effertz, T. (2011). Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hg.), *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen* (S. 57-62). Stuttgart: Thieme.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (©1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Pbk. ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Altgeld, T. & Kolip, P. (2006). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In P. Kolip & T. Altgeld (Hg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis* (S. 15-26). Weinheim: Juventa-Verl. (Juventa-Materialien).
- Andreas, S., Batra, A. & Behr, J. (2008). *Tabakentwöhnung bei COPD. S3 Leitlinie* herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG (62) (5), S. 220-227.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015). *S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums"*. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/006.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2010). *Tabakabhängigkeit. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*. 2. Auflage: Berlin.
- Aubin, H.-J., Farley, A., Lycett, D., Lahmek, P. & Aveyard, P. (2012). Weight-gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *British Medical Journal*, 2012 (345), e4439.
- Baldwin, A. S., Rothman, A. J., Hertel, A. W., Linde, J. A., Jeffery, R. W., Finch, E. A. & Lando, H. A. (2006). Specifying the determinants of the initiation and maintenance of behavior change: an examination of self-efficacy, satisfaction, and smoking cessation. *Health Psychology*, 2006 (25), 626-634.
- Bamberg, M. (1999). Is there anything behind discourse? Narrative and the local accomplishment of identities. In W. Maiers, B. Bayer, B. Duarte Esgalhado, R. Jorna & E. Schraube (Hg.), *Challenges to theoretical psychology. Selected/edited proceedings of the seventh biennial conference of the International Society for Theoretical Psychology* (S. 220-227). North York: Captus University Pub..
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Barnes, B. (Hg.) (2016). *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Batra, A. (2000). *Tabakabhängigkeit. Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten*. Darmstadt: Steinkopff.
- Batra, A. (2001). *Medikamentöse Unterstützung*. In T. Poehlke (Hg.), *Alkohol, Tabak, Medikamente* (S. 217-240). Berlin [u.a.]: Springer (Suchtmedizinische Versorgung, 3).
- Batra, A. (2004). *Tabakabhängigkeit*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Batra, A. (2005). *Tabakabhängigkeit. Wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung; [Tagung "Rauchen - eine Abhängigkeit wie jede andere?", Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen am 3. und 4. Dezember 2003]*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Batra, A. & Buchkremer, G. (2004). *Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten (Tabakentwöhnung, 2004, 139)*.
- Bauld, L., Bell, K., McCullough, L., Richardson, L. & Greaves, L. (2009). The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health*, 32 (1), 71-82.

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Benowitz, N. L., Lessov-Schlaggar, C. N., Swan, G. E. & Jacob, P. (2006). Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 79 (5), 480-488.
- Berger, I. & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People. A Content-Based Systematic Review. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 19 (12), 1408-1417.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health. Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51 (6), 843-857.
- Bilal, U., Beltrán, P., Fernández, E., Navas-Acien, A., Bolumar, F. & Franco, M. (2015). Gender equality and smoking: a theory-driven approach to smoking gender differences in Spain. *Tobacco Control*, 0, 1-6.
- Bleich, S., Havemann-Reinecke, U. & Kornhuber, J. (2002). FTNA. Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit. Manual. Göttingen: Beltz Test.
- Blumer, H. (1954). What is wrong with Social Theory? *American Sociological Review* 19, 1954 (1), 3-10.
- Bohnsack, R. (2010). Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 8., durchgesehene Auflage. Opladen & Farmington Hills, MI: Verlag Barbara Budrich.
- Boltanski, L. (1976). Die soziale Verwendung des Körpers. In D. Kamper & V. Rittner (Hg.), *Zur Geschichte des Körpers* (S. 138-171). München: Carl Hanser.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. 4. überarbeitete. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bottorff, J. L., Carey, J., Poole, N., Greaves, L. & Urquhart, C. (2008). Couples and Smoking: What you need to know when you are pregnant. Hg. v. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, Institute for Healthy Living and Chronic Disease Prevention, University of British Columbia Okanagan, NEXUS, University of British Columbia Vancouver.
- Bottorff, J. L., Haines-Saah, R., Oliffe, J. L. & Sarbit, G. (2012). Gender influences in tobacco use and cessation interventions. *The Nursing clinics of North America* 47 (1), 55-70.
- Bottorff, J. L., Johnson, J. L., Moffat, B., Grewal, J., Ratner, P. A. & Kalaw, C. (2004). Adolescent Constructions of Nicotine Addiction. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 36, 2004 (1), 22-39.
- Bottorff, J. L., Oliffe, J. L., Sarbit, G., Sharp, P., Caperchione, C. M., Currie, L. M., Schmid, J., Mackay, M. H. & Stolp, S. (2016). Evaluation of QuitNow Men. An Online, Men-Centered Smoking Cessation Intervention. *Journal of Medical Internet research*, 18 (4), e83.
- Bottorff, J. L., Haines-Saah, R., Kelly, M. T., Oliffe, J. L., Torchalla, I., Poole, N., Greaves, L., Robinson, C. A., Ensom, M. H. H., Okoli, C. T. C. & Phillips, J. C. (2014). Gender, smoking and tobacco reduction and cessation. A scoping review. *International Journal for Equity in Health* 13, 114.
- Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G. A. (2012). Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP-Programm. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.
- Büchner, U. (2002). Rückfallbearbeitung – psychoanalytisch orientiert. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice* 48 (2), 95-97.
- Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (2005). Frauengerecht! Die Praxis. Dokumentation zur Umsetzung des Qualitätsentwicklungsinstrumentes "Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich.". Bern, Schweiz: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (o.J.a). Ja, ich werde rauchfrei! Eine praktische Anleitung für Ihren Weg zum Rauchstopp. 3.65.04.14. Aufl.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (o.J.b). rauchfrei in der Schwangerschaft - ich bekomme ein Baby. Ratgeber für Schwangere und ihre Partner. 5. überarbeitete Auflage. BZgA. Köln (10.20.08.17).
- Butler, J. (1991). Das Unbehagen der Geschlechter. 18. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Gender studies - Vom Unterschied der Geschlechter, 1722 = Neue Folge Band 722).
- Cahill, K., Lancaster, T. & Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database for Systematic Reviews* (11), CD004492.
- Chouinard, M. C. & Robichaud-Ekstrand, S. (2007). Predictive value of the transtheoretical model to smoking cessation in hospitalized patients with cardiovascular disease. *Clinical & Investigative Medicine*, 30 (3), 1488-2353.
- Cohen, S. & Lichtenstein, E. (1990). Partner Behaviors That Support Quitting Smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 304-309.
- Conditte, M. M. & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Connell, R. (2012). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social science & medicine*, 74 (11), 1675-1683.
- Connell, R. (2015). Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. 4. durchgesehene und erweiterte Aufl. 2015. Wiesbaden: Springer VS (Geschlecht et Gesellschaft, 8).
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50 (10), 1385-1401.
- Crenshaw, K. (1991). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. In K. T. Bartlett & R. Kennedy (Hg.), *Feminist legal theory* (S. 57-80). Boulder: Westview.
- Degele, N. & Schirmer, D. (2004). Selbstverständlich heteronormativ: zum Problem der Reifizierung in der Geschlechterforschung. In S. Buchen, C. Helfferich & M. S. Maier (Hg.), *Gender methodologisch. Empirische Forschung in der Informationsgesellschaft vor neuen Herausforderungen* (S. 107-122). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dennert, G. (2016). Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 398-408). Bern: Hogrefe.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2004). *Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten*.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hg.) (2008). *Frauen und Rauchen in Deutschland*. DKFZ. Heidelberg (Rote Reihe, 9).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hg.) (2015). *Tabakatlas Deutschland 2015*. Lengerich, Westf: Pabst Science Publishers.
- Dickson-Spillmann, M., Sullivan, R., Zahno, B. & Schaub, M. P. (2014). Queer quit. A pilot study of a smoking cessation programme tailored to gay men. *BMC public health* 14, 126.
- Die Bundesregierung (2011). *Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien - GGO*. Online verfügbar unter http://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwbund_21072009_O11313012.htm.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2003). *Aktionsplan Drogen und Sucht*. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2009). *Drogen- und Suchtbericht 2009*. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.

- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik: Berlin.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (2016). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM (German modification). Bern: Huber.
- Ditzen, B. & Heinrichs, M. (2007). Psychobiologische Mechanismen sozialer Unterstützung. Ein Überblick. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15, 2007 (4), 143-157.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519-1527.
- Dollinger, B. & Schmidt-Semisch, H. (Hg.) (2007a). Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dollinger, B. & Schneider, W. (Hg.) (2005). Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Dollinger, B. & Schmidt-Semisch, H. (2007b). Reflexive Suchtforschung. In B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hg.), Sozialwissenschaftliche Suchtforschung (S. 7-34). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dunkel-Schetter, C., Blasband, D. E. & Feinstein, L. G. & Bennett, T. L. (1992). Elements of supportive social interactions: When are support attempts effective? In S. Spacapan & S. Oskamp (Hg.), Helping and being helped. Naturalistic studies (S. 192-198). Newbury Park, Calif.: Sage Publications (The Claremont Symposium on Applied Social Psychology).
- Dür, W., Aichholzer, N. & Friedhuber, J. (2003). Geschlechtsunterschiede im Rauchverhalten bei Adoleszenten. Sekundäranalysen zum EC-Projekt Gender differences in smoking in young people für 14- bis 16-jährige Mädchen. Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- Effertz, T. (2015). Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Egger, J. W. (2011). Selbstwirksamkeitserwartung - ein bedeutsames kognitives Konstrukt für gesundheitliches Verhalten. *Psychologische Medizin: Österreichische Fachzeitschrift für medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 22 (2), 43-58.
- Eichler, M. (2002). Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Berlin (Blaue Reihe).
- Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S. & Mader, R. (Hg.) (2005). Männer, Frauen, Sucht. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Epiktet (1984). Handbüchlein der Moral und Unterredungen. Stuttgart: A. Kröner.
- 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*, 51 (12), 1453-1461.
- Faltermaier, T. (2004). Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern? In T. Altgeld (Hg.), Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention (S. 11-33). Weinheim: Juventa.
- Faltermaier, T. (2017). Gesundheitspsychologie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Kohlhammer Kenntnis und Können, Band 21).
- Faltermaier, T. & Hübner, I.-M. (2016). Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlechterperspektive. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hg.), Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 45-57). Bern: Hogrefe.

- Ferstl, R. (2005). Störungen durch psychotrope Substanzen: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In M. Perrez & U. Baumann (Hg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. 3. vollst. überarb. Auflage (S. 769-781). Bern: Hans Huber.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., Dorfmann, S. F., Froelicher, E. S., Goldstein, M. G., Heaton, C. G., Henderson, P. N., Heyman, R. B., Koh, H. K., Kottke, T. E., Lando, H. A., Mecklenburg, R. E., Mermelstein, R. J., Mullen, P. D., Orleans, C. T., Robinson, L., Stitzer, M. L., Tommasello, A.C., Villejo, L. & Wewers, M. E. (2008). *Treating Tobacco Use und Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Hg. v. U.S. Department of Health and Human Services.
- Fishbein, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 1991 (50), 179-211.
- Flaake, K. (2009). Männliche Adoleszenz und Sucht. In J. Jacob & H. Stöver (Hg.), *Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht*. 1. Aufl. (S. 23-32). Bielefeld: transcript (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, 2).
- Fleitmann, S., Dohnke, B., Balke K., Rustler, C. & Sonntag, U. (2010). Frauen und Rauchen. Herausforderung für die Tabakkontrollpolitik in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 53 (2), 117-124.
- Flick, U. (1991). *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München: Psychologie Verlags Union.
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Vollst. überarb. und erw. Neuausg. 2007, 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rowohlts Enzyklopädie, 55694).
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 2004 (55), 745-774.
- Friesel-Wark, H. (2015). Gendersensible Suchtberatung. In K. Gröning, A.-C. Kunstmann & C. Neumann (Hg.), *Geschlechtersensible Beratung. Traditionslinien und praktische Ansätze* (S. 387-404). Gießen: Psychosozial-Verlag (Therapie & Beratung).
- Gildemeister, R. (2008). Soziale Konstruktion von Geschlecht: "Doing gender". In S. M. Wilz (Hg.), *Geschlechterdifferenzen - Geschlechterdifferenzierungen. Ein Überblick über gesellschaftliche Entwicklungen und theoretische Positionen* (S. 167-198). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Gildemeister, R. (2012). Geschlechterforschung (gender studies). In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 9. Aufl. (S. 213-223). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gohlke, H. (2017). Smoking cessation – an update. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 2017 (12), 281-286.
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice*, 62 (5), 271-281.
- Graham, M. D., Young, R. A., Valach, L. & Wood, R. A. (2008). Addiction as a complex social process. An action theoretical perspective. *Addiction Research & Theory* 16 (2), 121-133.
- Greaves, L. (2014). Can tobacco control be transformative? Reducing gender inequity and tobacco use among vulnerable populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11 (1), 792-803.
- Greaves, L. (2015). The meanings of smoking to women and their implications for cessation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12 (2), 1449-1465.
- Greaves, L., Poole, N., Okoli, C. T. C., Hemsing, N., Qu, A., Bialystok, L. & O'Leary, R. (2011). *Expecting to Quit: A best-practices review of smoking cessation interventions für pregnant and post-partum women*. 2nd ed. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Online verfügbar unter <http://www.expectingtoquit.ca/documents/expecting-to-quit-singlepages.pdf>, zuletzt geprüft am 12.08.2018.

- Grobe, T. G. & Schwartz, F. W. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 13).
- Gröning, K. (2015). Frauenbewegung, Geschlechterforschung und geschlechterreflexive Beratung. In K. Gröning, A.-C. Kunstmann & C. Neumann (Hg.), *Geschlechtersensible Beratung. Traditionslinien und praktische Ansätze* (S. 15-38). Gießen: Psychosozial-Verlag (Therapie & Beratung).
- Grøtvedt, L. & Stavem, K. (2005). Association between age, gender and reasons for smoking cessation. *Scandinavian Journal of Public Health* (33), 72–76.
- Haase, A. & Stöver, H. (2009). Sinn und Funktion exzessiven Drogengebrauchs männlicher Jugendlicher. In J. Jacob & H. Stöver (Hg.), *Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht*. 1. Aufl. (S. 129-138). Bielefeld: transcript (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, 2).
- Hannöver, W., Thyrian, J. R., Ebner, A., Röske, K., Grempler, J., Kühl, R., Hapke, U., Fusch, C. & John, U. (2008). Smoking During Pregnancy and Postpartum: Smoking Rates and Intention to Quit Smoking or Resume After Pregnancy. *Journal of Women's Health* 17 (4), 631-640.
- Heather, N. (2017). Is the concept of compulsion useful in the explanation or description of addictive behaviour and experience? *Addictive behaviors reports*, 6, 15-38.
- Heinzen-Voß, D. & Ludwig, K. (2016). Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe. In D. Heinzen-Voß & H. Stöver (Hg.), *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann* (S. 9-48). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Helfferich, C. (1994). *Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Helfferich, C. (2006). Ist Suchtprävention ein "klassisches" Feld geschlechtergerechter Prävention? In P. Kolip & T. Altgeld (Hg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 27-39). Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim: Juventa-Verl. (Juventa-Materialien).
- Helfferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 3. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss (Lehrbuch).
- Helfferich, C. (2012). Agency-Analyse und Biografieforchung. In S. Bethmann, C. Helfferich, H. Hoffmann & D. Niermann (Hg.), *Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit* (S. 210-237). Weinheim: Beltz Juventa (Edition Soziologie).
- Helgeson, V. S. (2005). *Psychology of Gender*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Helgeson, V. S. (2011). Gender, Stress and Coping. In S. Folkman (Hg.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (S. 63-85). Oxford, New York: Oxford University Press (Oxford library of psychology).
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H. & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention and policy*, 6, 17.
- Hengartner, T. & Merki, C. M. (Hg.) (1996). *Tabakfragen. Rauchen aus kulturwissenschaftlicher Sicht*. Zürich: Campus.
- Hoch, E. & Kröger, C. (2011). Nikotinabhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2., überarb. und erw. Aufl. (S. 767-782). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Hoffmann, H. (2012). Macht - Wahn - Sinn. In S. Bethmann, C. Helfferich, H. Hoffmann & D. Niermann (Hg.), *Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit* (S. 181-209). Weinheim: Beltz Juventa (Edition Soziologie).
- Holahan, C. J., Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. S. Endler (Hg.), *Handbook of coping. Theory, research, applications* (S. 24-43). New York: Wiley.

- House, J. S. (1983). Work stress and social support. 2. pr. Reading, Mass.: Addison-Wesley (Addison-Wesley series on occupational stress, 4).
- Hurrelmann, K. & Kolip P. (Hg.) (2002). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hans Huber.
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (Hg.) (2004). IARC monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon (Volume 83).
- Jacob, J. & Stöver, H. (Hg.) (2006). Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Jacob, J. & Stöver, H. (Hg.) (2009). Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. 1. Aufl. Bielefeld: transcript (Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, 2).
- Jahn, I. (2003). Gender-Glossar. 74 Begriffe zum Gender Mainstreaming unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung. Hg. v. Gesundheitsförderung Schweiz. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS). Online verfügbar unter <https://www.belladonnaweb.de/sites/default/files/Gender-Glossar.pdf>, zuletzt geprüft am 17.5.10.
- Jahn, I. (2004). Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht. Projekt: Entwicklung eines Kriterienkatalogs für geschlechtergerechte Projektförderung im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS).
- Jäkle, C., Keller, S., Baum, E. & Basler, H.-D. (1999). Skalen zur Selbstwirksamkeit und Entscheidungsbalance im Prozeß der Verhaltensänderung von Rauchern. *Diagnostica*, 45 (3), 138-146.
- Jarvis, M. J., Cohen, J. E., Delnevo, C. D. & Giovino, G. A. (2013). Dispelling myths about gender differences in smoking cessation: population data from the USA, Canada and Britain. *Tobacco Control*, 22 (5), 356-360.
- Joossens, L. & Raw, M. (2017). The Tobacco Control Scale 2016 in Europe. A report of the Association of European Cancer Leagues. Hg. v. Association of European Cancer Leagues. Brüssel.
- Kahlert, H. (2010). Differenz, Genealogie, Affidamento: Das italienische 'pensiero della differenza sessuale' in der internationalen Rezeption (S. 94-102). In R. Becker & B. Kortendiek (Hg.), Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien,.
- Kaluza, G. (1996). Gelassen und sicher im Stress. Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung. Berlin: Springer.
- Katz, D. & Toner, B. (2013). A systematic review of gender differences in the effectiveness of mindfulness-based treatments for substance use disorders. *Mindfulness*, 2013 (4, 4), 318-331.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2., überarb. Auflage. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Kendel, F., Böhmer, S. & Sieverding, M. (2004). Kann Coping belasten? *Psychomed: Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 2004 (16), 49-54.
- Klauer, T. (2009). Soziale Unterstützung. In J. Jersulam & M. Bengel (Hg.), Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie (S. 80-85). Göttingen: Hogrefe.
- Knoll, N. & Schwarzer, R. (2005). Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer (Hg.), Gesundheitspsychologie (S. 333-349). Göttingen: Hogrefe (Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C, Theorie und Forschung Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C. Serie 10, Gesundheitspsychologie, 1).
- Kohlmann, C.-W. (1997). Persönlichkeit und Emotionsregulation. Defensive Bewältigung von Angst und Stress. Bern: Huber (Aus dem Programm Huber: Psychologie-Forschung).

- Kolip, P. (1997). *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Imprint.
- Kolip, P. & Hurrelmann, K. (2002). *Geschlecht - Gesundheit - Krankheit: Eine Einführung*. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 13-31). Bern: Hans Huber.
- Kolip, P. & Hurrelmann, K. (Hg.) (2016). *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Bern: Hogrefe.
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S. E., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin*. München (IFT-Berichte, 167).
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Tabakkonsums und der Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter 1980-2012*. IFT Institut für Therapieforschung. München.
- Kraus, L., Piontek, D., Atzendorf, J. & Gomes de Matos, E. (2016). *Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung*. *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis/ Journal of Addiction Research and Practice*, 62 (5), 283-294.
- Kröger, C. (2011). *Effektivität von Tabakentwöhnung in Deutschland. Nachbefragung der Teilnehmer am Rauchfrei Programm zur Untersuchung des Einflusses verschiedener Parameter auf die langfristigen Effekte*. Unter Mitarbeit von L. Erfurt und M. Nowak. IFT Institut für Therapieforschung. München.
- Kröger, C. & Gradl, S. (2010). *Tabakentwöhnungsmaßnahmen in Deutschland*. *Bundesgesundheitsblatt*, 53 (2), S. 201-206.
- Kröger, C. & Gröll, J. (2018). *Das Rauchfrei Programm. Jahresbericht 2018. Berichtszeitraum: 01.01.2017 bis 31.12.2017*. Hg. v. Institut für Therapieforschung (IFT) München. München.
- Kröger, C., Sonntag, H. & Shaw, R. (2001). *Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Aufl.: 2.5.09.01. Köln: BZgA (Gesundheitsförderung konkret, 2).
- Kröger, C. B., Flöter, S. & Piontek, D. (2007). *Behandlung der Tabakabhängigkeit – Eine Übersicht*. *Suchttherapie*, (8), 29-135.
- Kröger, C. B., Gomes de Matos, E., Piontek, D. & Wenig, J. R. (2016). *Ausstiegsversuche und Hilfsmittelnutzung unter Rauchern in Deutschland. Ergebnisse aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012*. *Gesundheitswesen*, 78 (11), 752-758.
- Kröger, C. B. & Lohmann, B. (2007). *Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, 31).
- Kröger, C. & Piontek, D. (2011). *Tabakentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Hg. v. BZgA, zuletzt geprüft am 10.05.2010.
- Kroll, L. E. & Lampert, T. (2012). *Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit*. Robert Koch-Institut. Berlin (GBE kompakt, 3 (1)).
- Kruse, J. (2011). *Reader "Einführung in die Qualitative Interviewforschung"*. Freiburg: Bezug über: www.qualitative-workshops.de.
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3., aktualisierte Aufl.* Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss. (Lehrbuch).
- Küfner, H. & Soyka, M. (2017). *Psychologische Suchttheorien als Erklärungsansätze*. *Nervenheilkunde*, 2017 (36), 439-456.

- Kuhlmann, E. (2002). Gender-Theorien. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 104-117). Bern: Hans Huber.
- Kuhlmann, E. (2016). Gender-Theorien. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 20-33) Bern: Hogrefe.
- Kuntz, B., Hoebel, J. & Lampert, T. (2014). Bildungsunterschiede im Tabakkonsum und Rauchausstieg junger Erwachsener. Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA) 2009 und 2010. *Gesundheitswesen* (76), 647-654.
- Kuntz, B., Zeiher, J., Hoebel, J. & Lampert, T. (2016). Soziale Ungleichheit, Rauchen und Gesundheit. *Suchttherapie* 17 (03), 115-123.
- Kuntz, B. & Lampert, T. (2016). Smoking and Passive Smoke Exposure Among Adolescents in Germany. *Deutsches Ärzteblatt international* 113 (3), 23-30.
- Kuntz, B., Zeiher, J., Starker, A. & Lampert, T. (2018). Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.), *Jahrbuch Sucht 2018* (S. 50-84). Lengerich: Pabst.
- Kuntz, B., Zeiher, J., Starker, A., Prütz, F. & Lampert, T. (2018). Rauchen in der Schwangerschaft - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends (3). *Journal of Health Monitoring*, 1, 47-54.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5., vollst. überarb. Aufl.* Weinheim [u.a.]: Beltz PVU.
- Lampert, T. (2010). Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. *IBundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53, 108-116.
- Lampert, T. & Burger, M. (2005). Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48, 1231-1241.
- 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 Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 802-808.
- Lampert, T., Kuntz, B. & KiGGS Study Group (2015). Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Hg. v. Robert Koch-Institut (GBE kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 6 (1)).
- Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA (Hg.) (1999). *Zur geschlechtsdifferenzierten Suchtarbeit. Entwicklung von Kernmerkmalen zur Qualitätssicherung frauenspezifischer Angebote in der ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe.* Essen.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.) (2006). *Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit. Handlungsempfehlungen für die Praxis.* Unter Mitarbeit von Heino Stöver. Koordinationsstelle Sucht. Münster.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2002). *Gender Mainstreaming – gleiche Chancen für weibliche und männliche Lebensentwürfe. Umsetzung von Geschlechtergerechtigkeit in der Landespolitik und in der Landesverwaltung.*
- Latza, U., Hoffmann, W., Terschüren, C., Chang-Claude, J., Kreuzer, M., Schaffrath Rosario, A., Kropp, S., Stang, A., Ahrens W. & Lampert, T. (2005). *Erhebung, Quantifizierung und Analyse der Rauchexposition in epidemiologischen Studien.* Berlin.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.
- Lenz, K. & Adler, M. (2011). *Geschlechterbeziehungen.* Weinheim: Juventa-Verl. (Einführung in die sozialwissenschaftliche Geschlechterforschung, 2).
- Lesch, O.-M. & Walter, H. (2009). *Alkohol und Tabak. Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit.* Wien, New York: Springer.

- Leventhal, A. M. (2016). The Sociopharmacology of Tobacco Addiction. Implications for Understanding Health Disparities. *Nicotine & tobacco research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 18 (2), 110-121.
- Lichtenschopf, A. (2012). Standards der Tabakentwöhnung. Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie - Update 2010. Vienna: Springer Vienna.
- Lichtenstein, E. (1982). The Smoking Problem: A Behavioral Perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 804-819.
- Lopez, A. D., Collishaw, N. E. & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3, 242-247.
- Lucius-Hoene, G. (2012). "Und dann haben wir's operiert". Ebenen der Textanalyse narrativer Agency-Konstruktionen. In S. Bethmann, C. Helfferich, H. Hoffmann & D. Niermann (Hg.), *Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit* (S. 40-70). Weinheim: Beltz Juventa (Edition Soziologie).
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2004). Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.
- Maschewsky-Schneider, U., Klärs, G., Ryl, L., Sewöster, D., Starker, A. & Sass, A.-C. (2009). gesundheitsziele.de. Ergebnisse der Kriterienanalyse für die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 52 (7), 764-774.
- Mathers, C. (2012). WHO global report. Mortality attributable to tobacco. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- McCullough, L. & Anderson, M. (2013). Agency lost and recovered: A social constructionist approach to smoking addiction and recovery. *Addiction Research & Theory*, 21 (3), 247-257.
- McDermott, M. S., Marteau, T. M., Hollands, G. J., Hankins, M. & Aveyard, P. (2013). Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (1), 62-67.
- McKee, S. A., Maciejewski, P. K., Falba, T. & Mazure, C. M. (2003). Sex differences in the effects of stressful life events on changes in smoking status. *Addiction*, 98, 847-855.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS) & GKV-Spitzenverband (Hg.) (2017). Präventionsbericht 2017. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2016. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) & GKV-Spitzenverband. Berlin.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) & GKV-Spitzenverband (Hg.) (2012). Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2001. Essen, Berlin.
- Mermelstein, R., Cohen, S., Lichtenstein, E., Baer, J. & Kamarck, T. (1986). Social support and smoking cessation and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 447-453.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2000). Inanspruchnahme von Hilfen zur Erlangung der Nikotin-Abstinenz. *Sucht*, 46 (6), 398-407.
- Michie, S., van Stralen, M. M. & West, R. (2011). The behaviour change wheel. a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 2011 (6), 42-53.

- Michie, S., Hyder, N., Walia, A. & West, R. (2011). Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addictive Behaviors* 36 (4), 315-319.
- Mikkelsen, S. S., Dalum, P., Skov-Ettrup, L. S. & Tolstrup, J. S. (2015). What characterises smokers who quit without using help? A study of users and non-users of cessation support among successful ex-smokers. *Tobacco Control*, 24 (6), 556 -561.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2015a). Aktionsplan gegen Sucht Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf (Veröffentlichungsnummer 163).
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2015b). Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen. Grundsätze / Strategie / Handlungsrahmen. Düsseldorf (Veröffentlichungsnummer 162).
- Minneker, E. (1991). Bedingungen des Rückfalls bei Rauchern. Die Vorhersagekraft kognitiver Faktoren und der Einfluss von Situationsmerkmalen auf den Rückfall. Frankfurt am Main, New York: P. Lang.
- Minneker, E., Buchkremer, G. & Bents, H. (1989). Prädiktoren erfolgreicher Raucherentwöhnungsbehandlungen. *Suchtgefahren*, 35, 91-102.
- Mons, U. & Kahnert, S. (2017). Neuberechnung der tabakattributablen Mortalität – Nationale und regionale Daten für Deutschland. *Gesundheitswesen*, 79 (08/09), 656-804.
- 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, 464-471.
- Newton, T. L. & Contrada, R. J. (1992). Repressive coping and verbal autonomic response dissociation: The influence of social context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 159-167.
- Oliffe, J. L., Bottorff, J. L. & Sarbit, G. (2010). The right time. The right reasons: Dads talk about reducing and quitting smoking. Institute for Healthy Living and Chronic Disease Prevention, University of British Columbia Okanagan, Canada. Kelowna, B.C..
- Payne, S. (2001). 'Smoke like a man, die like a man?': A review of the relationship between gender, sex and lung cancer. *Social Science & Medicine*, 53, 1067-1080.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Pederson, A., Greaves, L. & Poole, N. (2015). Gender-transformative health promotion for women. A framework for action. *Health Promotion International*, 30 (1), 140-150.
- Perkins, K. A, Levine, M., Marcus, M., Shiffman, S., D'Amico, D., Miller, A., Keins, A., Ashcom, J. & Broge, M. (2000). Tobacco Withdrawal in Women and Menstrual Cycle Phase. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 176-180.
- Peto, R. (2014). The full hazards of smoking and the benefits of stopping: cancer mortality and overall mortality. in collaboration with Alan D. Lopez, Hongchao Pan and Michael J. Thun. In B.W. Stewart & C. Wild (Hg.), *World cancer report 2014* (S. 586-595). Lyon, France, Geneva, Switzerland: International Agency for Research on Cancer; WHO Press, World Health Organization.
- Pfeffer, D., Wigginton, B., Gartner, C. & Morphett, K. (2018). Smokers' Understandings of Addiction to Nicotine and Tobacco. A Systematic Review and Interpretive Synthesis of Quantitative and Qualitative Research. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 20 (9), 1038-1046.
- Pfeffer, M. & Alfermann, D. (2006). Fitnesssport für Männer - Figurtraining für Frauen? Gender und Bewegung. In P. Kolip & T. Altgeld (Hg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis* (S. 61–73). Weinheim: Juventa-Verl..
- Pisinger, C., Aadahl, M. & Jørgensen, T. (2007). Weight concerns and smoking in a general population: The Inter99 study. *Preventive Medicine*, 44, 283-289.

- Pisinger, C., Aadahl, M., Toft, U. & Jørgensen, T. (2011). Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status. *Preventive Medicine*, 52 (1), 48-52.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390-395.
- Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12 (1), 38-48.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3. Aufl. München: Oldenbourg.
- Rasenack, R. & Jähne, A. (2010). Tabakkonsum und Tabakentwöhnung in der Schwangerschaft. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice*, 56 (3-4), 183-196.
- Rattay, P., von der Lippe, E., Borgmann, L. S. & Lampert, T. (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (4), 24-44.
- Reichl, F.-X. (2009). Taschenatlas Toxikologie. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Reynoso, J., Susabda, A. & Cepeda-Benito, A. (2005). Gender Differences in Smoking Cessation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27 (3), 227-234.
- Rice, D. P. (1966). Estimating the cost of illness. Rockville (Health Economics Series, Vol. 6).
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2014). Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI. Berlin.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement (Psychological Monographs, 80) (1).
- Rumpf, H.-J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. DSM-5: Removal of the Distinction between Dependence and Abuse and the Opening for Behavioural Addictions. *Sucht*, 57 (1), 45-48.
- Ryan, H., Wortley, P. M., Easton, A., Pederson, L. & Greenwood, G. (2001). Smoking among lesbians, gays, and bisexuals. A review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (2), 142-149.
- Saltonstall, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science & Medicine*, 36 (1), 7-14.
- Sauer, A., Gùldenring, A. & Tuidèr, E. (2016). Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hg.), Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 420-432). Bern: Hogrefe Verlag.
- Schigl, B. (2018). Psychotherapie und Gender, Konzepte, Forschung, Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden, Germany: Springer (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung).
- Schmidt-Semisch, H. (2005). Vom Laster zur Modellsucht. Einige Anmerkungen zur Karriere des Tabakproblems. In B. Dollinger & W. Schneider (Hg.), Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis (S. 124-141). Berlin: VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schmitt, R. (2009a). Kampftrinker und andere Helden. Zur metaphorischen Selbstinszenierung eines Geschlechts. In M. Bidwell-Steiner & V. Zangl, V. (Hg.), Körperkonstruktionen und Geschlechtermetaphern. Zum Zusammenhang von Rhetorik und Embodiment (S. 133-148). 1. Aufl. Innsbruck: Studien Verlag (Gendered Subjects, 5).
- Schmitt, R. (2009b). Starke Trinker und arme Würstchen: Metaphern der alkohovermittelten Konstruktion von Männlichkeit. In S. B. Gahleitner & C. L. Gundersen (Hg.), Gender, Trauma, Sucht. Neues aus Forschung,

- Diagnostik und Praxis (S. 129-141). Kröning: Asanger (Psychotraumatologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, 22).
- Schmitt, R. & Köhler, B. (2006). Kognitive Linguistik, Metaphernanalyse und die Alltagspsychologie des Tabakkonsums. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 30 (3/4), 39-64.
- Schneider, S., Diehl, K., Bock, C., Herr, R. M., Mayer, M., Lindinger, P. & Görig, T. (2014). Terra incognita Hausarztpraxis – Tabakentwöhnung in der deutschen Primärversorgung. *Sucht* 60, 2014 (3), 175-187.
- Schneider, S., Maul, H., Freerksen, N. & Pötschke-Langer, M. (2008). Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health*, 122, 1210-1216.
- Scholz, R., Voigt, M. & Schneider, K.T. (2013). Analysis of the German Perinatal Survey of the Years 2007-2011 and Comparison with Data From 1995-1997: Maternal Characteristics. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 73 (12), 1247-1251.
- Schröer, W., Stauber, B., Walther, A., Böhnisch, L. & Lenz, K. (Hg.) (2013). Handbuch Übergänge. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schu, M. (2014). Zum Stand der Umsetzung von Gender Mainstreaming in der ambulanten und stationären Sucht- und Drogenhilfe in NRW. Zukunftswerkstatt Suchthilfe NRW - Ideen, Visionen und Perspektiven; veranstaltet vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln (FOGS). Stadthalle Mülheim a.d.R., 25.06.2014. Online verfügbar unter https://www.lzg.nrw.de/service/veranstaltungen/archiv/2014/140625_zukunftswerkstatt_suchthilfe/index.html, zuletzt geprüft am 12.08.2018.
- Schulz, P. (2005). Stress- und Copingtheorien. In R. Schwarzer (Hg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 219-235). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarting, F. (2005). Gender und Sucht - ein soziologischer Beitrag zu einer geschlechtsreflexiven Praxis in der Suchtkrankenhilfe. Dissertation.
- Schwarting, F. (2016). Die Entstehung der Frauensuchtarbeit in Deutschland. In M. Tödte & C. Bernard (Hg.), *Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme* (S. 45-66). Bielefeld: transcript (Gender studies).
- Schwarzer, R. (1992a). Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. Theoretical Approaches and a New Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors: Theoretical Approaches and a New Model. In R. Schwarzer (Hg.), *Self-Efficacy: Thought Control of Action* (S. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (Hg.) (1992b). *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. 3., überarb. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2008). Models of health behavior change: Intention as mediator or stage as moderator? *Psychology & Health* 23 (3), 259-263.
- Shang, C., Chaloupka, F. J., Fong, G. T., Thompson, M., Siahpush, M. & Ridgeway, W. (2015). Weight control belief and its impact on the effectiveness of tobacco control policies on quit attempts: findings from the ITC 4 country project. *Tobacco Control*, TC Online First, published on 02.02.2015 as 10.1136/tobaccocontrol-2014-051886.
- Singleton, J. K., Levin, R. F., Feldman, H. R. & Truglio-Londrigan, M. (2005). Evidence for Smoking Cessation: Implications for Gender-Specific Strategies. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2, 63-74.
- Smith, P. H., Bessette, A. J., Weinberger, A. H., Sheffer, C. E. & McKee, S. A. (2016). Sex/gender differences in smoking cessation. A review. *Prevention Medicine*, 92, 135-140.
- Smith, P. H., Kasza, K. A., Hyland, A., Fong, G. T., Borland, R., Brady, K., Carpenter, M. J., Hartwell, K., Cummings, K. M. & McKee, S. A. (2015). Gender differences in medication use and cigarette smoking cessation.

- Results from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & tobacco research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 17 (4), 463-472.
- Sohlberg, T. (2017). Smoking cessation and gender differences – results from a Swedish sample. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32 (3), 259-276.
- Spek, V., Lemmens, F., Chatrou, M., van Kempen, S., POUWER, F. & Pop, V. (2013). Development of a smoking abstinence self-efficacy questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20 (3), 444-449.
- Stäcker, K.-H. & Bartmann, U. (1974). *Psychologie des Rauchens*. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Bervölkerung nach Migrationshintergrund, Body-Mass-Index, Rauchverhalten, gesundheitlich bedingten Erwerbsunterbrechungen und Armutsgefährdungsquote. Daten aus dem Mikrozensus 2005 und 2009 (Sonderauswertung)*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) & Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) (Hg.) (2016). *Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017). *Todesursachen in Deutschland 2015 (Fachserie 12, Reihe 4)*.
- Stead, L. F. & Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* (2), S. CD001007.
- Stead, L. F. & Lancaster, T. (2012a). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD008286.
- Stead, L. F. & Lancaster, T. (2012b). Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD009670.
- Stewart, B. W. & Wild, C. (Hg.) (2014). *World cancer report 2014*. International Agency for Research on Cancer (IARC). Lyon, France, Geneva, Switzerland: International Agency for Research on Cancer; WHO Press, World Health Organization.
- Stöver, H. (2006). Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In J. Jacob & H. Stöver (Hg.), *Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit* (S. 21-39). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Stünzner, W. von (1994). *Psychosoziale Bedingungen des Rauchens. Sekundärstatistische Analysen von Querschnittserhebungen zum Tabakrauchen zum Verständnis der Veränderung von Prävalenzraten*. Frankfurt am Main, New York: P. Lang.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The Relative Efficacy of Avoidant and Nonavoidant Coping Strategies: A Meta-Analysis *Health Psychology*, 4 (3), 249-288.
- Taylor, G., McNeill, A., Gilling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N. & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 13.02.2014 (348:g1151).
- Thun, M. J., Carter, B. D., Freskanich, D., Freedman, N. D., Prentice, R., Lopez, A. D., Hartge, P. & Gapstur, S. M. (2013). 50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 368, 351-364.
- Thürmann, P. (2006). Geschlechtsspezifische Aspekte in der Pharmakotherapie – was ist gesichert? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 82 (9), 380-384.
- Tödte, M. (2016). Die Einflüsse der feministischen Arbeit auf die Suchthilfe in Deutschland. In M. Tödte & C. Bernard (Hg.), *Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme* (S. 89-100). Bielefeld: transcript (Gender studies).
- Torchalla, I., Schröter, M. & Batra, A. (2013). *Individualisierte Tabakentwöhnung. Verhaltenstherapeutisches Manual*. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Druckerei GmbH.

- Tretter, F. (2005). Der humanökologische Ansatz in der Theorie der Sucht. In B. Dollinger & W. Schneider (Hg.), *Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis* (S. 43-62). Berlin: VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Troschke, J. von, Wetterer, A. & Helfferich, N. (1987). Überlegungen zur Erklärung des Zigarettenrauchens. *Öff. Gesundheitswes.*, 49, 75-79.
- Uchtenhagen, A. (2000). Einführung. Definition und Begriffe. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. 1. Aufl. (S. 1-3). München: Urban & Fischer.
- United States Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health (2010). *How tobacco smoke causes disease. The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, [Washington, D.C.]: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General.
- United States Department of Health and Human Services (USDHHS) (2001). *Women and smoking: a report of the Surgeon General*. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- United States Department of Health and Human Services (USDHHS) (2004). *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. USDHHS, Atlanta, Georgia.
- United States Department of Health and Human Services (USDHHS) (2014). *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Hg. v. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Atlanta.
- Vangeli, E., Stapleton, J., Smit, E. S., Borland, R. & West, R. (2011). Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction*, 106, 2110-2121.
- Velicer, W. F., Diclemente, C. C., Rossi, J. S. & Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15 (3), 271-283.
- Vogt, I. (2007). Doing Gender: Zum Diskurs um Geschlecht und Sucht. In B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hg.), *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 235-257). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vosshagen, A. (2006). Anmerkungen zur Psychologie männlichen Suchtverhaltens. In J. Jacob & H. Stöver (Hg.), *Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit* (S. 129-142). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Ward, K. D., Klesges, R. C., Zbikowski, S. M., Bliss, R. E. & Garvey, A. J. (1997). Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addictive Behaviours*, 22 (4), 521-533.
- Weinberg, D. (2000). "Out There". *The Ecology of Addiction in Drug Abuse Treatment Discourse*. *Social Problems* 47 (4), 606-621.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2009). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments*. Genf, Schweiz: WHO Press.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2018). *Cancer - fact sheet*.
- West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 2005 (100), 1036-1039.
- West, R. & Sohal, T. (2006). "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*, 332, 458-460.
- West, C. & Zimmermann, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 1, 125-151.
- West, R., Evans, A. & Michie, S. (2011). Behavior change techniques used in group-based behavioural supports by the english stop-smoking services. *Nicotine & Tobacco Research*, 13, 1316-1320.

- Westmaas, J. L., Bontemps-Jones, J. & Bauer, J. E. (2010). Social support in smoking cessation: Reconciling theory and evidence. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, 695-707.
- Westmaas, J. L. & Langsam, K. (2005). Unaided smoking cessation and predictors of failure to quit in a community sample: Effects of gender. *Addictive Behaviors*, 30 (7), 1405-1424.
- Wetter, D. W., Kenford, S. L., Smith, S. S. F. M. C., Jorenby, D. E. & Baker, T. B. (1999). Gender Differences in Smoking Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 4, 555-562.
- White, M. & Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. 1st ed. New York: Norton (A Norton professional book).
- WHO Regional Office for Europe (2002). Mainstreaming gender equity in health: Madrid Statement. Kopenhagen.
- Wienecke, A., Barnes, B., Lampert, T. & Kraywinkel, K. (2014). Changes in cancer incidence attributable to tobacco smoking in Germany, 1999 to 2008. *International Journal of Cancer*, 134, 682-691.
- Wilken, B. (2015). Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Wilson, D., Taylor, A. & Roberts, L. (1995). Can We Target Smoking Groups More Effectively? A Study of Male and Female Heavy Smokers. *Preventive Medicine*, (24), 363-368.
- Wilz, S. M. (Hg.) (2008). Geschlechterdifferenzen – Geschlechterdifferenzierungen. Ein Überblick über gesellschaftliche Entwicklungen und theoretische Positionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Winkelmann, S., Petermann, F. & Petermann, U. (2006). Lernpsychologie. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Witzel, A. (1996). Auswertung problemzentrierter Interviews: Grundlagen und Erfahrungen. In R. Strobl & A. Böttger (Hg.), *Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews* (S. 49-76). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft (Interdisziplinäre Reihe zur kriminologischen Forschung, 2).
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 1, 2000 (1), 22.
- Zautra, A. J., Sheet, V. L. & Sandler, I. N. (1996). An examination of the Construct Validity of Coping Dispositions for a Sample of Recently Divorced Mothers. *Psychological Assessment*, 8 (3), 256-264.
- Zeiger, J., Kuntz, B. & Lange, C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2 (2), 59-65.
- Zeiger, J., Lange, C., Starker, A., Lampert, T. & Kuntz, B. (2018). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (2), 23-44.
- Zenker, C. (2005). Sucht und Gender. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48, 469-476.
- Zenker, C. (2009). Gendertypische Aspekte. In T. Bader & R. Thomasius (Hg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (S. 55–69). Stuttgart: Schattauer.

ANHANG I: INTERVIEWLEITFADEN

MOTIVATION ZUM RAUCHSTOPP

Leitfrage 1: Sie haben aufgehört zu rauchen oder versuchen es gerade. Wie kam es dazu? Erzählen Sie doch mal.

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen
<ul style="list-style-type: none"> • Verlauf von Überlegung / Entschluss bis zur Tat • Motivation zum Rauchstopp • Grad der Motivation 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wann haben Sie erstmals ernsthaft daran gedacht, das Rauchen aufzugeben? 2. Was gab dann den letzten Ausschlag? 3. Wie sehr glauben Sie daran, dass Sie es schaffen?

STRATEGIEN DER ENTWÖHNUNG

Leitfrage 2: Wie ist es so, nicht zu rauchen? Erzählen Sie doch mal, wie das so geht.

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen
<ul style="list-style-type: none"> • Tipps und Tricks • Geschlechtsspezifische Strategien • Geschlechtsspezifische Rückfallgründe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie schaffen Sie es, nicht zu rauchen? 2. Welche Situationen sind besonders gefährlich für Sie? 3. Wie haben Sie rückfallgefährdete Situationen gemanagt? 4. Wie belohnen Sie sich? 5. Welche Unterstützung wünschen Sie sich? Und von wem? 6. Was tun Sie, wenn die Lust auf eine Zigarette besonders stark ist?

PERSÖNLICHE EIGENSCHAFTEN

Leitfrage 3: Was ist bei Ihnen „Engelchen“ und „Teufelchen“? Erzählen Sie doch mal wie es da so zugeht.

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen
<ul style="list-style-type: none"> • Geschlechtstypische Eigenschaften und Ressourcen für den Rauchstopp • Selbstwirksamkeitsüberzeugungen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sind Männer willensstärker als Frauen und fällt es ihnen daher leichter, mit dem Rauchen aufzuhören? 2. Haben Sie Erfahrungen damit, geliebte Gewohnheiten aufzugeben? 3. Wie geht es so mit der Disziplin? 4. Was haben Sie gedacht, wie schwer es sein würde aufzuhören und wie ist es jetzt?

BEDEUTUNG DES RAUCHENS / DES NICHTRAUCHENS

Leitfrage 4: Was verbinden Sie eigentlich mit dem Rauchen bzw. mit dem Nichtrauchen?	
Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen
<ul style="list-style-type: none"> • Funktion des Rauchens • Bedeutung des Rauchens bzw. Nichtrauchens • Genderaspekte des Rauchens und des Nichtrauchens 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Vor- und Nachteile bringt das Rauchen / Nichtrauchen? 2. Viele behaupten Rauchen mache dick und deshalb rauchten insb. viele Frauen weiter. Wie sehen Sie das? 3. Rauchen ist (ergänzen Sie doch mal)

SOZIALES UMFELD – FAMILIE - PARTNERSCHAFT

Leitfrage 5: Wie ist es denn so mit den Menschen um Sie herum – also mit dem Partner oder der Partnerin, der Familie, Freundinnen und Freunden? Wie reagieren die denn so?	
Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen
<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung durch den Partner / die Partnerin • Familie, Freunde/Freundinnen, Bekannte • Bedeutung sozialer Unterstützung • Aufsuchen sozialer Unterstützung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie hat Ihr Umfeld auf Ihr Rauchen reagiert? 2. Wie hat Ihr Umfeld auf den Rauchstopp reagiert? 3. Haben Sie von Ihrem Vorhaben erzählt? 4. Haben Sie konkrete Wünsche zur Unterstützung geäußert? 5. Welche Rolle spielen andere Menschen?

RÜCKFALL

Leitfrage 6: Sind Sie rückfällig geworden? Erzählen Sie doch mal, wie es dazu kam.	
Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen
<ul style="list-style-type: none"> • Geschlechterunterschiede der Rückfälligkeit • Selbstwirksamkeitsüberzeugungen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie bewerten Sie den Rückfall? 2. Sind Ihrer Meinung nach Frauen rückfallgefährdeter als Männer? 3. Was könnte einen Rückfall verursachen? 4. Wovon hängt es denn ab, ob Sie den Ausstieg schaffen?

ANHANG II: KURZFRAGEBOGEN**Kurzfragebogen zu wesentlichen Sozialdaten und zur Rauchgeschichte
des/der Interviewten****I Allgemeine Fragen zur Person des/der Interviewten**

1. **Geschlecht** weiblich männlich
2. **Alter:** _____ Jahre
3. **Familienstand:** ledig in Partnerschaft zusammenlebend
 verheiratet getrennt lebend mit Kindern ohne Kinder

II Fragen zu Ausbildung und Beruf

4. **Ausbildung:** _____
5. **Studium:** ja nein
6. **Beruf:** _____
7. **Erwerbsstatus:**
 Vollzeitbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt erwerbslos berentet
 Angestellt Selbständig
8. **Einkommen:**
 bis 1.000 € zwischen 1.000 und 1.500 € zwischen 1.500 und 2.000 €
 zwischen 2.000 und 2.500 € zwischen 2.500 und 3.000 € mehr als 3.000 €

III Fragen zur Rauchgeschichte

9. **Beginn des Rauchens** im Alter von: _____
10. **Anzahl der Lebensjahre** mit Zigarettenkonsum: _____

11. **Durchschnittliche Anzahl täglich gerauchter Zigaretten:** _____

12. **Anzahl bisheriger Aufhörversuche:** _____

13. **Dauer der Abstinenzzeiten:**

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

(weitere bitte einfügen)

14. **Derzeitiger Ausstieg:**

selbständig

unter Zuhilfenahme von Selbsthilfematerialien

Teilnahme an Kurs

individuelle Beratung

15. **Nutzung von unterstützenden Verfahren und /oder Nikotinersatztherapie beim**

derzeitigen Rauchstopp:

Nikotinkaugummi

Nikotinpflaster

Nikotinspray

Nikotinsublingualtabletten oder Lutschtabletten

Medikamente (Bupropion, Variniclin etc.)

Akupunktur

Hypnose

E-Zigaretten

andere: _____

ANHANG III: POSTSCRIPT

Gesprächsatmosphäre (Ort, Stimmung, Verhalten des/der Interviewten)
Befindlichkeiten (der Interviewerin, des/der Interviewten)
Rapport (Beziehung zwischen den beiden Kommunikanten)
Gesprächsverlauf (Entwicklungsdynamik des gesamten Interviews)
Interaktionen (besondere Interaktionsphänomene zwischen den beiden Kommunikanten)
Besonderheiten (allgemeiner Art)
Auffallende Themen (berührte und ausgelassene Thematiken, bezogen auf die Forschungsfrage und darüber hinaus)
Störungen (des Interviewverlaufs)

ANHANG IV: FAGERSTRÖM-TEST**FTNA – Fragebogen**

Name:

Datum:

Geschlecht: weiblich männlichBitte kreuzen Sie nur das zutreffende Kästchen an und beantworten Sie alle Fragen!

1	Wie viel Zeit verging zwischen dem Aufwachen und Ihrer ersten Zigarette?	<input type="checkbox"/> 5 Minuten <input type="checkbox"/> 6-30 Minuten <input type="checkbox"/> 31-60 Minuten <input type="checkbox"/> mehr als 60 Minuten
2	Fanden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kino, Bücherei usw.) das Rauchen zu lassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3	Auf welche Zigarette wollten Sie nicht verzichten?	<input type="checkbox"/> Die erste morgens <input type="checkbox"/> andere
4	Wieviel Zigaretten rauchten Sie im Allgemeinen pro Tag?	<input type="checkbox"/> bis 10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31 und mehr
5	Rauchten Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6	Kam es vor, dass Sie rauchten, wenn Sie krank waren und tagsüber im Bett bleiben mussten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ANHANG V: INFOBLATT ZUR REKRUTIERUNG VON INTERVIEWPERSONEN

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health - WHO Collaborating Center
AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung

Befragung von Aufhörwilligen in der Zeit des Rauchausstiegs

Worum geht es?

Für meine Studie zur Tabakentwöhnung suche ich Gesprächsteilnehmer/innen, die gerade aufhören zu rauchen oder aufgehört haben. Mich interessiert, was Sie in dieser Phase erleben, welche Strategien Sie anwenden, um den Rauchausstieg zu schaffen, welche Situationen schwierig sind und welche Aspekte für Sie insgesamt eine wichtige Rolle beim Rauchstopp spielen. Daher würde ich Sie gern in den ersten Monaten nach dem Ausstieg befragen.

Wie läuft das Interview ab?

Ich stelle verschiedene offene Fragen zu ein paar Themenbereichen, bei denen ich Sie grundsätzlich bitten werde, einfach all das zu erzählen, was für Sie wichtig ist. Dabei gibt es kein „richtig“ und kein „falsch“. Sie werden genug Zeit für Ihre Ausführungen haben. Das Gespräch wird vermutlich etwa 1 Stunde in Anspruch nehmen.

Was passiert mit meinen Daten?

Damit ich nicht alles mitschreiben muss, sondern dem Gespräch besser folgen kann, möchte ich das Gespräch für die spätere Auswertung gern auf Band aufnehmen und es anschließend abschreiben. Die Aufnahme und das abgeschriebene Gespräch werden streng vertraulich und anonym behandelt. Das heißt: alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf Sie erlauben, werden gelöscht oder anonymisiert. Zu Beginn des Gesprächs werde ich Ihnen dies in einer Vertrauensschutzklärung schriftlich versichern. Darüber hinaus werden alle Daten auch nur dann anonymisiert ausgewertet, wenn Sie nach dem Gespräch ihre Einverständniserklärung dazu gegeben haben.

Bin ich die oder der Richtige dafür?

Ja. Wenn Sie die Bereitschaft und Offenheit haben, über Ihre Erfahrungen zu berichten, sind Sie auf jeden Fall ein/e interessante/r Gesprächspartner/in für mich. **Dabei ist es keineswegs wichtig, ob Ihnen der Ausstieg problemlos gelingt oder nicht, sondern es geht vielmehr um Ihre Erfahrungen und Erlebnisse in dieser Zeit.**

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich zu einem Gespräch bereit erklären würden.

Auch wenn Sie sich zunächst noch weiter informieren möchten, bevor Sie sich entscheiden, melden Sie sich bitte gern bei mir.
Eventuelle Aufwendungen werden selbstverständlich erstattet.

Vielen Dank!

Gabriele Klärs
gabriele.klaers@uni-bielefeld.de
Tel.:
Mobil:
Ich rufe gern sofort zurück.



ANHANG VI: TEXT ZEITUNGSANZEIGEN

Anzeigen *Kölner Stadtrevue* und *Coolibri Ruhrgebiet*, Februarausgaben 2013

Sie haben aufgehört zu rauchen oder hören gerade auf? Für eine Studie an der Universität Bielefeld zur Tabakentwöhnung suche ich Interviewpartner/innen, die den Rauchausstieg selbstständig und ohne Kurs unternommen haben (in den letzten 6 Wochen). Was ist hilfreich? Was ist schwierig beim Rauchausstieg? Wenn Sie Lust haben, über Ihre Erfahrungen zu sprechen, kontaktieren Sie mich unter:

rauchstopp@arcor.de. Ich garantiere Anonymität und Datensicherheit. Aufwandsentschädigung möglich.

Anzeige *Neue Westfälische* Bielefeld, 17.11.2013

Haben Sie aufgehört zu rauchen oder hören Sie gerade auf? Für meine Studie an der Universität Bielefeld suche ich Interviewpartner/innen, die in den letzten ca. 6 Wochen den Rauchausstieg unternommen haben und bereit sind, ihre Erfahrungen mitzuteilen. Bei Interesse und für mehr Informationen: gabriele.klaers@uni-bielefeld.de

ANHANG VII: TRANSKRIPTIONSREGELN UND TRANSKRIPTIONSBEISPIEL

Notation	Erläuterung
(.)	Mikropause (< 1 Sekunde)
(2)	Pause mit Zeitangabe in Sekunden, hier 2 Sekunden
((steht auf))	Außersprachliche Handlungen / Ereignisse / Störungen
((lachend))	Sprachbegleitende Handlungen
Versalien	Betonung
!Versalien!	Sehr starke Betonung
-	Abbruch eines Wortes
=	Satzabbruch, Verschleifungen, schnelle Anschlüsse, Stottern
:	Dehnung der Silbe
?	Tonhöhenbewegung steigend
.	Tonhöhenbewegung fallend
<<??>>	Wortlaut unverständlich
<<genau>>	Vermuteter Wortlaut
[Name], [Ort]	Auslassung z.B. von Namen zur Anonymisierung
A: stimmt das? Oder war es anders? B: ja also, das war so	Simultanphase

Transkriptionsbeispiel:

„IP: am anfang hab ich auch eher (.) fand ich den den geruch so auch noch angenehm (.) ne konnte man ab und zu noch ((schnuppert)) bei jemandem schnüffeln (.) das ging (.) oder im im stadion war schön es rauchten alle einen voll das war sehr nett von denen dann konnte man n bißchen mitrauchen (.) aber es war (2) also dazu hat's mich (1) WEIL ich dann eben relativ viel gelaufen bin dazu waren dann die effekte (.) dass ich das wiederum GERNE mache (.) da waren die effekte SO positiv dass das nicht nur dann leiden war (.) sondern es war relativ schnell erstaunlich schnell dass der puls zum beispiel- (.) ich hab eh keinen besonders hohen puls (.) aber (.) ähm (.) der war noch mal zehn schläge niedriger (.) das war (.) also wirklich wenige TAGE später schon wenn ich dann morgens gelaufen bin (.) hatte ich keinen sechziger sondern einen fünfziger puls schon (.) wo ich <<dachte>> #00:15:30# das das gibts doch gar nicht (.) also das war eben schon und das war natürlich sofort so ne gewisse bestärkung dass man auch relativ- (.) ich glaub ich bin das erste mal danach (.) gelaufen und das ist jetzt wirklich (.) ob das überhaupt sein kann weiß ich nicht (.) aber vielleicht (.) es WAR halt so (.) ich laufe (.) ganz normal (.) und [name] sagt 'du hast überhaupt nicht gehustet' (.) ich hab sonst auch nicht SO viel gehustet aber vielleicht auf den ersten kilometer schon ab und zu mal so'n bißchen gehustet (.) ja: (.) die ganzen acht zehn kilometer (.) du hast nicht EIN mal gehustet (.) das GIBTS doch gar nicht (.) das ging also relativ zügig auch mit positiven sachen (.) die das dann relativ schnell balanciert haben (2) und auch das freie atemgefühl kam schn- (.) relativ schnell wieder (1) so dass (.) ich also auch nicht sagen könnte ich hätte die ganze zeit gelitten wie'n hund (1) ist es (.) nicht #00:16:21#

I: gab es so rückfallkritische situationen?

IP: ja: (.) nicht viele (.) das ist eher wenn man (.) wenn man gefrustet ist oder (.) bißchen streit hat wo man dann (.) phhh (.) jetzt mach ich IRGENDwas (.) was ich #00:16:33# (.) ich muss mich irgendwie wie das ventil halt (.) wenn man wenn man richtig ärger hat oder (1) ähm (.) ja wenn man sich äh äh äh (.) ja: (1) wenn sich irgendeinen ausgleich schaffen muss für irgendeine so 'ne innere spannung die die dann irgendwo hin will (.) ähm (.) dann ist ne zigarette natürlich immer gut (2) und dieses DANN im prinzip selbst wenn man nicht raucht also von wegen (.) wie so'ne retourkutsche an die welt (1) so doof wie ihr so jetzt seid (.) jetzt RAUCH ich nämlich (.) das habt ihr jetzt davon (.) SO (.) und dann könnt ihr <<mich eher <<ins grab>> #00:17:05# wer auch immer (.) IHR seid SCHULD (.) aber das glaub ich mir <<schon>> #00:17:08# EGAL (.) dieses dieses zu <<feiern>> #00:17:11# der marlboro-mann dann im (2) im ähm (.) in der engeren anwendung (.) ist ist MIR doch egal ob ich dran sterbe (.) das MACH ich jetzt.“

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig 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. Dies gilt auch für die verwendeten Abbildungen.

Ich versichere außerdem, dass die vorliegende Arbeit nicht anderweitig in dieser Form als Dissertation eingereicht wurde und ich bisher auch keine weiteren Versuche zur Promotion unternommen habe.

Köln, November 2018

Gabriele Klärs

Gedruckt auf alterungsbeständigem, holz- und säurefreiem Papier.

Für die Veröffentlichung wurden Fehler die Orthografie und Formatierung betreffend verbessert. Der Inhalt blieb unverändert und stimmt mit der vorgelegten Dissertation überein.