

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheit

Vorgelegt von Annette Rossée

Schützenstraße 33

22761 Hamburg

Matrikel-Nr. 1691390

**Zugang zur Zielgruppe Jugend –
Darstellung und Diskussion möglicher Zugangswege zu
Jugendlichen für eine Raucherentwöhnung**

– Diplomarbeit –

Tag der Abgabe: 12. Januar 2007

Betreuende Prüferin:

Prof. Christiane Deneke

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Hamburg

Fakultät Life Sciences

Lohbrügger Kirchstraße 65

21033 Hamburg

Zweiter Prüfer:

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des
Kindes- und Jugendalters

Martinstraße 52

20246 Hamburg

Vorwort

Diese Arbeit ist im Zusammenhang mit meinem großen fachlichen sowie persönlichen Interesse an dem Thema Tabakprävention¹ entstanden, welches sich im Laufe meines Studiums der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg verfestigte und dazu führte, meine Diplomarbeit zu diesem Thema schreiben zu wollen. Im Speziellen reizte mich daran, das Thema auf die im sekundärpräventiven Bereich bisher vernachlässigte Zielgruppe der Jugendlichen auszurichten. Zum einen da sie sich in einer Lebensphase befinden, in der sie besondere und v.a. altersgerechte Unterstützung benötigen. Zum anderen da meiner Meinung nach sekundärpräventive Maßnahmen gar nicht früh genug ansetzen können, um die Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen wieder herzustellen, zu erhalten und zu fördern – und zwar dauerhaft.

Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) wurde die Notwendigkeit der Tabakprävention – speziell auch für Kinder und Jugendliche – seit langem erkannt und u.a. im Mai 2005 das Projekt *Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung* ins Leben gerufen. Neben primärpräventiv ausgerichteten Aufklärungsveranstaltungen für Schüler² der Klassen fünf bis sieben wurde ein Entwöhnungsprogramm speziell für rauchende Jugendliche nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt. Während eines Praktikums in der damaligen *Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien* (heute *Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters*), in der das Projekt angesiedelt ist, wurde es mir dank Prof. Dr. med. Rainer Thomasius ermöglicht, neben theoretischem Wissen einen praktischen Einblick in die Entwicklung bis hin zur Einführung eines solchen Programms zu erhalten.

Die vorliegende Diplomarbeit wurde von Frau Prof. Christiane Deneke von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg und Herrn Prof. Dr. med. Rainer Thomasius vom UKE betreut. Ich danke beiden für ihre zahlreichen Anregungen, ihre große Bereitschaft, ihren hohen Sachverstand jederzeit mit mir zu teilen, und ihre inhaltliche aber auch persönliche Unterstützung und Motivation. Außerdem danke ich den vielen Experten auf diesem Gebiet, die sich für den fachlichen Austausch mit mir Zeit genommen haben.

Speziell danke ich meinen Eltern und meiner Familie, die mich während meines gesamten Studiums unterstützt haben, meiner Diplomandenarbeitsgruppe, deren Teilnehmer mich seit Beginn des Studiums persönlich und fachlich sehr bereichert haben, und den vielen anderen Menschen, die mich in der Entstehungsphase dieser Arbeit unterstützt und aufgebaut haben.

Für seine Motivation, Geduld und Fürsorge danke ich ganz besonders Cracker, dem Vater unseres Kindes, welches kurz nach dem Abschluss dieser Arbeit wunderbarerweise das Licht der Welt erblicken wird.

Hamburg, 12. Januar 2007

Annette Rossée

¹ Wenn in dieser Arbeit von Tabak gesprochen wird, dann bezieht sich die Verfasserin auf Tabak in Zigaretten. Neben Zigaretten gibt es viele weitere Produkte, die Tabak enthalten, auf die an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen werden soll.

² Aus Gründen der Lesbarkeit wurde auf die kontinuierliche Nennung beider Geschlechter verzichtet. Ausdrücke wie *Schüler* u.a. sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
Abstract	IV
1 Einleitung	1
2 Lebensphase Jugend	3
3 Epidemiologie des Rauchverhaltens von Jugendlichen	11
4 Raucherentwöhnung für Jugendliche	17
4.1 Raucherentwöhnungsangebote speziell für Jugendliche	17
4.2 Das Raucherentwöhnungsangebot für Schüler am UKE	19
5 Zugang zur Zielgruppe rauchende Jugendliche	20
5.1 Zugang zu rauchenden Jugendlichen über psychologische Modelle und Theorien	20
5.1.1 Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung (TTM).....	21
5.1.2 Modell der Gesundheitsüberzeugung (Health Belief Model)	24
5.1.3 Theorie des rationalen Handelns/Theorie des geplanten Verhaltens	28
5.1.4 Die Soziale Lerntheorie oder Sozial-kognitive Theorie.....	32
5.1.5 Modell der überzeugenden Kommunikation.....	35
5.1.6 Verbreitung von Innovationen – Diffusionstheorie	39
5.2 Zugang zu rauchenden Jugendlichen über Beispiele aus der Praxis	41
5.2.1 Darstellung ausgewählter Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche in Deutschland	42
5.2.2 Darstellung ausgewählter Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche im Ausland	46
5.3 Zugang zu rauchenden Jugendlichen über Mittler	50
5.3.1 Das Setting Schule.....	50
5.3.2 Medien.....	53
5.3.3 Peers und Multiplikatoren.....	58
6 Diskussion möglicher Zugangswege zu rauchenden Jugendlichen und Empfehlungen für das UKE	62
7 Schlussbetrachtung	69
Literaturverzeichnis	71
Eidesstattliche Erklärung	77

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAS	Drogenaffinitätsstudie
HBSC	Health Behavior in School-Aged Children
JIM-Studie	Jugend, Information, (Multi-)Media – Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland
SCHULBUS	Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln
SMS	Short Message Service/Kurznachrichtendienst
TTM	Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation

Abstract

Hintergrund: Trotz eines rückläufigen Trends liegt die Quote der rauchenden Jugendlichen weiterhin besorgniserregend hoch. Das durchschnittliche Alter bei Erstkonsum von Zigaretten nimmt kontinuierlich ab. Im Bundesdurchschnitt liegt es bei 12,9 Jahren (BZgA, 2006), in Hamburg sogar bei 12,6 Jahren (Baumgärtner, 2005) – und dies trotz verstärkter primärpräventiver Bemühungen in diesem Bereich.

Raucherentwöhnungsangebote für Erwachsene sind in Deutschland weit verbreitet. Angebote, die speziell auf rauchende Jugendliche ausgerichtet sind, bilden dagegen bisher die Ausnahme, obwohl an der Notwendigkeit solcher Angebote seit längerem kein Zweifel mehr besteht (Lindinger, 2006). Bei einer jugendspezifischen Ausrichtung spielt neben der inhaltlichen Konzeption des Angebotes die Gestaltung des Zugangs zur gewünschten Zielgruppe eine bedeutende Rolle.

Vorgehen: Zunächst wird die Lebensphase Jugend betrachtet. Es soll deutlich gemacht werden, dass es sich dabei um eine eigenständige Lebensphase handelt, die mit besonderen Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen für Jugendliche verbunden ist. Durch die Beschreibung des Rauchverhaltens bei Jugendlichen (Raucherquote, Einstiegsalters, Anzahl gerauchter Zigaretten, Anzahl an Aufhörversuchen) soll der Bedarf und die Notwendigkeit spezieller Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche aufgezeigt werden. Außerdem wird darauf eingegangen, warum Erwachsenenprogramme nicht einfach auf jugendliche Raucher übertragen werden können, und das Raucherentwöhnungsangebot für Schüler am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) vorgestellt.

Konkrete Empfehlungen hinsichtlich der Gestaltung des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen für ein Raucherentwöhnungsangebot werden abgeleitet von ausgewählten Theorien und Modellen der Verhaltensänderung, bereits existierenden Entwöhnungsangeboten aus der Praxis in Deutschland und im Ausland sowie von anderen Zugangswegen wie Schule, Medien oder *Peers/Multiplikatoren*. Anschließend werden Empfehlungen speziell für das Raucherentwöhnungsangebot am UKE gegeben.

Ergebnis: Der Bedarf an speziellen Raucherentwöhnungsprogrammen für Jugendliche ist groß und wird seit längerem von den Experten auf diesem Gebiet gefordert. Aus diesem Grund wurde ein solches Angebot am UKE geschaffen. Die Frage der Gestaltung des Zugangs zur Zielgruppe ist dabei neben dem inhaltlichen Aufbau von entscheidender Bedeutung für den Erfolg einer solchen Maßnahme. Die in der vorliegenden Arbeit erarbeiteten Empfehlungen können als Grundlage für das Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche am UKE, aber auch für andere Angebote dieser Art oder ähnliche jugendspezifische Angebote dienen.

1 Einleitung

Rauchen stellt nicht nur in Deutschland, sondern weltweit ein schwerwiegendes Public-Health-Problem dar. Die mit dem Rauchen in Verbindung stehenden negativen Folgen haben für die Bevölkerung – sowohl Raucher als auch Passivraucher – sowie für die Wirtschaftskraft eines Landes nicht zu vernachlässigende Auswirkungen.

Durch gesundheitspolitische Maßnahmen wie Tabakwerbeverbote, Preiserhöhungen, Anti-Rauch-Kampagnen und Präventionsmaßnahmen z.B. in Schulen soll der Anteil der Raucher in der Bevölkerung längerfristig gesenkt werden. Dieses Ziel wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen und durch einen allmählichen Bewusstseins- und Einstellungswandel der Bevölkerung getragen. Dabei stehen allerdings der Einfluss der Tabakindustrie auf die bundesdeutsche Tabakpolitik, das hohe Abhängigkeitspotenzial von Nikotin und die Tatsache, dass Tabak noch immer zu den legal akzeptierten Substanzen gehört, einer schnellen Umsetzung dieses Vorhabens entgegen.

Um zu verhindern, dass Kinder und Jugendliche mit dem Rauchen beginnen, sind seit einigen Jahren zahlreiche Programme mit primärpräventiver Zielsetzung durchgeführt worden. Maßnahmen zur Raucherentwöhnung haben bisher hauptsächlich Erwachsene zur Zielgruppe. Speziell auf rauchende Kinder und Jugendliche ausgerichtete Angebote – das durchschnittliche Einstiegsalter liegt bundesweit bei 12,9 Jahren (BZgA, 2006) – existieren nur vereinzelt, obwohl belegt ist, dass viele rauchende Jugendliche den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören, es aber alleine nicht schaffen (ebd.). Die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vorgelegte *Expertise zur aktuellen Bestandsaufnahme zur Tabakentwöhnung bei jugendlichen Rauchern und Raucherinnen* (Lindinger, 2006) unterstreicht die Notwendigkeit solcher Angebote, wie sie von zahlreichen Experten auf diesem Gebiet seit längerer Zeit gefordert werden.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Zugang zu rauchenden Jugendlichen für eine Raucherentwöhnung. Die Frage des Zugangs zu der angestrebten Zielgruppe ist neben der inhaltlichen Ausgestaltung eines solchen Entwöhnungsangebotes von entscheidender Bedeutung. Werden die rauchenden Jugendlichen nicht erreicht oder fühlen sie sich nicht angesprochen, werden sie das Angebot nicht in Anspruch nehmen.

Zur Einführung in das Thema wird in Kapitel 2 zunächst auf die Lebensphase Jugend mit ihren Besonderheiten eingegangen. In Kapitel 3 soll ein Einblick in die Epidemiologie des Rauchverhaltens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland gegeben werden. Zusammen mit Kapitel 4, welches beschreibt, warum Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche gezielt auf diese ausgerichtet sein müssen, soll die Notwendigkeit für Entwöhnungsangebote für rauchende Jugendliche verdeutlicht werden. An dieser Stelle wird außerdem das Raucherentwöhnungsangebot für rauchende Jugendliche am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf dargestellt. Kapitel 5 widmet sich konkret der Frage des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen. Ausgewählte psychologische Theorien und Modelle, bestehende Raucherentwöhnungsangebote in Deutschland und im Ausland und weitere Zugangswege werden beschrieben und hinsichtlich des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen diskutiert. Im sechsten Kapitel werden Erkenntnisse aus den vorherigen Kapiteln auf das Raucherentwöhnungsangebot am UKE bezogen und zusätzliche Empfehlungen abgeleitet. Im letzten Kapitel soll eine Schlussbetrachtung vorgenommen werden.

Die Arbeit richtet sich an diejenigen, die Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche bereits entwickelt haben oder solche Angebote planen und sich daher unweigerlich mit der Frage des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen auseinandersetzen werden. Im Besonderen zielt sie darauf ab, eine Hilfestellung für das Entwöhnungsangebot am UKE darzustellen. Darüber hinaus richtet sie sich generell an alle in der Prävention und Gesundheitsförderung Tätigen, die sich mit der Planung, Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen für Jugendliche und dem Zugang zu ihnen befassen.

2 Lebensphase Jugend

In diesem Kapitel sollen unterschiedliche Definitionen der Lebensphase *Jugend*³ beschrieben werden. Es wird deutlich gemacht, wie sich diese Lebensphase im Laufe der Zeit von einer reinen *Durchgangsphase* zu einer *eigenständigen Entwicklungsphase* entwickelt hat. Außerdem werden Besonderheiten dargestellt, die mit dieser Lebensphase verbunden sind. Dazu zählt das Bewältigen von Entwicklungsaufgaben und das Ausüben verschiedener Risikoverhaltensweisen wie beispielhaft der Konsum von legalen oder illegalen Substanzen, mit der Absicht damit eine bestimmte Funktion zu erfüllen. Welche Funktion das Rauchen bei *Jugendlichen* einnehmen kann und wie Rauchverhalten sich in der Regel entwickelt, soll beschrieben werden. Weiterhin soll auf den Gesundheitszustand dieser Altersgruppe, auf den Zusammenhang zwischen Rauchen und dem Konsum von anderen Drogen und auf die Situation der Präventionsbemühungen bei *Jugendlichen* eingegangen werden.

Verschiedene Definitionen von *Jugend*

„In idealtypischer Sicht befindet sich jeder Jugendliche auf dem biografischen und gesellschaftlichen Weg vom Kind zum Erwachsenen.“ (Hurrelmann, 2005, S. 36)

Früher wurde die Übergangsphase *Jugend* sehr starr als Abschnitt zwischen „[...] dem Eintreten der Geschlechtsreife im Alter von etwa 15 Jahren bei Frauen und 16 Jahren bei Männern [...]“ und dem „[...] Eintritt in den Beruf und der Gründung einer eigenen Familie [...]“ bezeichnet (Hurrelmann, 2005). Heute jedoch wird *Jugend* unterschiedlich definiert, je nachdem aus welcher Sichtweise diese Lebensphase betrachtet wird.

Zum einen gibt es eine gesetzliche Definition des Begriffs *Jugend*, die maßgeblich durch das Alter bestimmt ist. Demnach „[...]sind Jugendliche Personen, die 14 Jahre aber noch nicht 18 Jahre alt sind [...]“ (BMFSFJ, 2003). Zum anderen kann diese Phase aus (entwicklungs-)psychologischer und soziologischer Sicht betrachtet werden, wobei das Alter nur ein Eingrenzungskriterium darstellt. So sagt Hurrelmann (2005), dass die Geschlechtsreife ein Abgrenzungskriterium zur Kindheit darstellen kann. Dabei ist zu beachten, dass Mädchen und Jungen heutzutage vier bis fünf Jahre früher in die Pubertät kommen. Bei Mädchen liegt diese Phase zwischen dem 11. und 12. und bei Jungen zwischen dem 12. und 13. Lebensjahr (Hurrelmann, 2002). Hurrelmann (2005) erklärt weiter, dass das Ende dieser Entwicklungsphase heute dagegen weniger durch ein biologisches Kriterium bestimmt wird, sondern die Grenzen zum Erwachsenenstadium sehr unterschiedlich und fließend sind. Außerdem betont er, dass der Eintritt ins Erwachsensein „[...] von ökonomischen, kulturellen und sozialen Vorgaben abhängig ist [...]“ (Gillis, 1980 nach Hurrelmann, 2005, S. 11) und *Jugend* eine eigenständige und umfassende Phase im Lebenslauf eines Menschen darstellt, „[...] die nach individuell eigenem Rhythmus und Zeitabfolge [...]“ gestaltet ist (Hurrelmann, 2003, S. 35). Im Gegensatz zu früher mit ca. fünf Jahren dauert diese Phase heute mindestens

³ Soweit nicht anders bezeichnet, wird in dieser Arbeit auf die gesetzliche Definition *Jugend* Bezug genommen.

zehn, fünfzehn oder sogar zwanzig Jahre an und wird in die frühe, mittlere und späte Jugendphase unterteilt. Mit „ihrem charakteristischem und spezifischem Stellenwert“ kann sie nicht mehr nur als reine *Durchgangsphase* bezeichnet werden (Hurrelmann, 2005, S. 13).

Roth et al. (2003) beschreiben diese Phase als eine Übergangsphase und weisen darauf hin, dass Übergangsphasen ganz empfindliche Lebensphasen darstellen.

„So ist mit Antonovsky (1981) davon auszugehen, dass Individuen in Übergangsphasen besonders vulnerabel sind. Die Adoleszenz⁴ ist als die traditionelle Übergangsperiode schlechthin durch „multiple transitions“ [...] gekennzeichnet.“ (Antonovsky, 1981 nach Roth et al., 2003, S. 399)

Jugend als eigenständige Lebensphase mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben

Die Lebensphase *Jugend* ist neben biologischen auch durch psychische Reifungsprozesse geprägt (Leppin, 2000). Dazu zählen eine Reihe von Entwicklungsaufgaben, die die *Jugendlichen* zu bewältigen haben (Franzkowiak, 1986). Beispielhaft dafür sind das Ablösen von den Eltern, oft in Verbindung mit familiären Konflikten und Protestverhalten, und die Hinwendung zu Gleichaltrigen mit dem Wunsch nach sozialer Anerkennung und nach sexuellen Beziehungen zu nennen. Neben der Gestaltung ihrer schulischen und beruflichen Laufbahn geht es um die Herausbildung eigener Werte, Orientierungen und Erwartungen, das Finden ihrer Rolle in der Gesellschaft und den Versuch, eine eigene Identität zu entwickeln (Richter und Settertobulte, 2003; Roth et al., 2003; Reese und Silbereisen, 2001; Leppin, 2000).

Das Ausprobieren von Risiken ist Bestandteil dieser Lebensphase, in der es darum geht, bestimmte Fähigkeiten zu entwickeln. So müssen *Jugendliche* erkennen, welche Herausforderungen sie annehmen und bewältigen können und welche nicht. Diese Erfahrungen sind einerseits wichtig für das Erlernen selbst gesteuerten Verhaltens und andererseits für die Ausbildung einer eigenen Persönlichkeit und eines Selbstbewusstseins. Zum Probieren zählt auch das Experimentieren mit legalen und illegalen Drogen, um den bewussten und moderaten Umgang damit zu erlernen (Hurrelmann, 2005).

Laut Hurrelmann (2005) besteht die große Herausforderung für *Jugendliche* darin, alle diese Entwicklungsaufgaben miteinander zu verbinden und so eine eigene Identität mit einem stabilen Selbstwertgefühl herauszubilden. Er betont, dass die beschriebene vielfältige und komplexe Kombination von Entwicklungsaufgaben immer mehr *Jugendliche* überfordert. Der Grund dafür liegt seiner Meinung nach darin, dass ihnen die personalen oder sozialen Ressourcen zur Bewältigung dieser Aufgaben fehlen.

Laut Kolip et al. (1995) muss von unterschiedlichen Bewältigungsmustern bei Entwicklungsaufgaben, Problemen oder sozialem Druck bei Jungen und Mädchen ausgegangen werden. Mädchen weisen meist eine nach innen gerichtete Form der Bewältigung auf. Dies kann sich u.a. durch das Auftreten von psychosomatischen Beschwerden äußern. Jungen dagegen wählen eher eine Verarbeitungsform, die sich nach außen richtet. Dazu zählen z.B. aggressive und asoziale Verhaltensweisen (Hurrelmann, 2005; Ravens-Sieberer et al., 2003; Kolip et al., 1995).

⁴ Der Begriff *Adoleszenz* wird dabei synonym zu dem Begriff *Jugend* benutzt.

Risikoverhalten in der Lebensphase Jugend

Risiken können zum einen von außen auf *Jugendliche* einwirken, z.B. in Form von finanzieller Unsicherheit, fehlender Unterstützung aufgrund schwacher Familiensysteme oder einer ungewissen Ausbildungssituation. Zum anderen werden Probleme oder Risiken von *Jugendlichen* selbst verursacht (Raithel, 2001). Laut Bühler (2005) wird Risikoverhalten definiert

„[...] als Verhalten, das mittelbar oder unmittelbar das Wohlbefinden, die Gesundheit oder die Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigen kann. Dazu gehört Problemverhalten wie Delinquenz, Substanzmissbrauch und frühzeitige sexuelle Aktivität, die einen Verstoß gegen soziale Normen oder Gesetze darstellen. Weiterhin umfasst der Begriff sowohl inadäquates Erfüllen der sozialen Erwartungen (z.B. schlechte Schulleistungen) als auch ungesunde Verhaltensgewohnheiten (z.B. ungesunde Ernährung, sportliche Inaktivität).“ (Bühler, 2005, S. 8)

Nicht nur kriminelles oder lebensgefährdendes Handeln, finanzielle Verschuldung und verantwortungsloses Sexualverhalten, sondern auch das Ausprobieren von psychoaktiven Substanzen wie Tabak, Alkohol oder illegale Drogen stellt jugendtypisches Risikoverhalten dar, das teilweise starke, die Gesundheit gefährdende Konsequenzen nach sich ziehen kann (Richter und Settertobulte, 2003).

Dabei stellen nach Jessor (1998) eine enge Einbindung in die Familie, gute Schulleistungen sowie vorhandene Nachbarschaftsunterstützung Schutzfaktoren für mögliche Risikoverhaltensweisen bei *Jugendlichen* dar. Ein niedriger sozio-ökonomischer Status könnte sich dagegen eher negativ auf mögliches Risikoverhalten auswirken (Klocke und Becker, 2003).

Risikoverhalten als Funktion

Wie oben bereits beschrieben, gehört das Ausprobieren von Risiken zu der Entwicklung von *Jugendlichen* dazu, um selbst gesteuertes Verhalten zu erlernen sowie eine eigene Persönlichkeit und ein Selbstbewusstsein zu entwickeln. Es existieren aber noch andere Gründe für risikobehaftetes Verhalten. So dient es dazu, bestimmte Funktionen bei der Lösung von Alltagsproblemen sowie der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zu erfüllen (Reese und Silbereisen, 2001; Leppin et al., 2000; Franzkowiak, 1986). Dies bestätigen auch Sack und Zeichner (2005). Sie sehen z.B. in dem risikohaften Substanzkonsum von *Jugendlichen* einen (funktionalen) Versuch, bestimmte Entwicklungsaufgaben durch Risikoverhalten zu lösen. Dabei kann ein und dasselbe Risikoverhalten gleich verschiedene Funktionen erfüllen (Sack und Zeichner, 2005; Ravens-Sieberer et al., 2003; Reese und Silbereisen, 2001).

Neben der sozialen und psycho-emotionalen Funktionalität ihres Verhaltens geht es laut Mittag und Jerusalem (2000) Kindern und *Jugendlichen* v.a. um die (schnelle) Befriedigung von Bedürfnissen und die subjektive Qualität des Erlebens im gegenwärtigen Moment. Dies bestätigt auch Hurrelmann (2005), indem er das sofortige Erfüllen von Wünschen als bedeutendes Charakteristikum für diese Altersgruppe beschreibt. Erlebnismöglichkeiten und subjektive Vorteile von Risikoverhalten zählen mehr als das Wissen um mögliche Gesundheitsschäden (Raithel, 1999). Dabei stehen laut Raithel (2001) schnell zu verwirklichende Annehmlichkeiten im Vordergrund. Dies erklärt, warum gesunderhaltendes oder -förderliches Verhalten

für *Jugendliche* oft nicht besonders attraktiv erscheint und ignoriert wird (Hurrelmann, 2005; Langness, Richter und Hurrelmann, 2003). Beim Rauchen z.B. werden direkt auftretende Folgen wie Husten oder Atemnot für Anerkennung oder Stressabbau in Kauf genommen. Gesundheit ist zwar wichtig, wird aber von vielen *Jugendlichen* als selbstverständlich angesehen, und dem Erhalt ihrer Gesundheit wird keine vorrangige Stellung eingeräumt (Haberlandt et al., 1995). Hinzu kommt, dass den *Jugendlichen* das Suchtpotential des Nikotins, das nur mit illegalen Substanzen wie Heroin und Kokain zu vergleichen ist, nicht bewusst ist (Hurrelmann und Bründel, 1997).

Auch das Rauchen von Zigaretten als eine Form des Risikoverhaltens erfüllt eine bestimmte Funktion und kann damit subjektiv sinnvoll sein, ist objektiv aber mit gesundheitlichen Risiken behaftet (Hurrelmann, 2005).

„Die subjektive Logik des Konsums ist es, mit Hilfe des Mediums „Droge“ [hierzu zählt auch der Tabak als legale Droge, Anmerk. d. Verfass.] die Problembelastungen der Entwicklungsaufgaben besser bewältigen zu können. Objektiv können sich hieraus aber schwere Störungen im psychischen, sozialen und körperlichen Bereich ergeben.“ (Hurrelmann, 2005, S. 169)

Hurrelmann (2005) sagt darüber hinaus, dass der Konsum von legalen Alltagsdrogen als eine problematische Form der Lebensbewältigung definiert werden kann. Rauchen kann sogar eine Doppelfunktion einnehmen: Einerseits bedeutet es Ablösung und Emanzipation in der Form, dass Normen, die von Erwachsenen gesetzt wurden, verletzt werden. Andererseits drückt es durch das Imitieren von Erwachsenenverhalten, so wird es den *Jugendlichen* zumindest vorgelebt und von der Werbung suggeriert, den Wunsch nach Erreichen des Erwachsenenstatus aus (Leppin et al., 2000).

Ergänzend weist auch Bühler (2005) darauf hin, dass jugendliches riskantes Verhalten in den meisten Fällen eher weniger als lebenslanges Normalverhalten zu verstehen ist und mit Eintritt ins Erwachsenenalter aufhört. Folglich sollte jugendliches Risikoverhalten nicht zwingend als Problemverhalten angesehen werden. Der Konsum von legalen oder illegalen Substanzen z.B. wird v.a. dann zu einem problematischen Verhalten, wenn er sehr früh oder besonders exzessiv einsetzt und daraus eine instrumentelle Gewohnheit wird, die zu Einschränkungen in der Bewältigung von Problemen oder Anforderungen führt (Roth, 2002).

Gesundheit im Jugendalter

Wie bei Erwachsenen stellt die eigene Gesundheit auch bei *Jugendlichen* eine grundlegende Voraussetzung für die weitere positive Entwicklung im Leben dar. Im Rahmen der Darstellung der Ergebnisse des *Jugendgesundheits surveys* beschreiben Ravens-Sieberer et al. (2003), dass unter normalen Entwicklungsbedingungen von einer ausgezeichneten Gesundheit bei Kindern und *Jugendlichen* ausgegangen wird. In derselben Darstellung wird allerdings darauf hingewiesen, dass dieses vorherrschende Bild von dem Gesundheitszustand von Kindern und *Jugendlichen* oft nicht der Wahrheit entspricht und dass sich auf den zweiten Blick erhebliche Gesundheitsdefizite in dieser Altersgruppe aufzeigen lassen (Hurrelmann, 2003; Richter und Settertobulte, 2003).

Nach der *Health Behavior in School-Aged Children (HBSC)-Studie* schätzen 85 % der Befragten⁵ ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder gut ein. Wobei Gesundheit in starkem Maße über das eigene psychische und physische Wohlbefinden definiert wird. Hierbei konnten erhebliche Geschlechts- und Altersunterschiede und Unterschiede nach Schultypen sowie nach sozio-ökonomischem Status verzeichnet werden. Als gesundheitliche Beeinträchtigungen sind bei den Befragten u.a. chronische Erkrankungen oder Behinderungen und behandlungsbedürftige Verletzungen zu nennen. Ein zunehmender Trend hinsichtlich Allergien konnte ebenfalls festgestellt werden (Ravens-Sieberer et al., 2003).

Psychosomatische Beschwerden werden von Mädchen häufiger empfunden als von Jungen. Wobei diese mit zunehmendem Alter und in den unteren sozialen Schichten als stärker eingeschätzt werden. Zu verzeichnen ist, dass signifikant mehr Mädchen von psychischen Auffälligkeiten berichten. Den Aussagen der Befragten zufolge nehmen diese mit dem Alter und mit höherem Schulstatus ab, wobei sie in den unteren sozialen Schichten dagegen vermehrt auftreten. So berichten wiederum mehr Mädchen als Jungen von emotionalen Problemen. Diese variieren mit dem Alter und nehmen in den höheren sozio-ökonomischen Schichten ab. Die höhere Anzahl sowohl an psychischen Auffälligkeiten als auch an emotionalen Problemen bei Mädchen könnte u.a. damit verbunden sein, dass Mädchen schneller als Jungen reifen und daher früher mit vielen sozialen Aufgaben und Problemen konfrontiert werden (ebd.).

Jungen dagegen sind häufiger von Verhaltensauffälligkeiten, z.B. aggressives oder unsoziales Verhalten, betroffen als Mädchen. Dabei fallen bei beiden Geschlechtern Nicht-Gymnasiasten fast doppelt so häufig und Kinder aus unteren sozialen Schichten deutlich häufiger auf. Hinsichtlich Belastungen, die durch kritische Lebensereignisse wie Scheidung/Trennung der Eltern, Umzug oder Arbeitslosigkeit in der Familie hervorgerufen werden, kann kein Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Offensichtlich ist dagegen, dass mit zunehmendem Alter und mit geringerem sozio-ökonomischen Status mehr kritische Lebensereignisse zu verzeichnen sind (ebd.).

Ein enger Zusammenhang zeigt sich zwischen Einschätzung der mentalen Gesundheit und Einschätzung der Lebenszufriedenheit. Dabei können bezüglich der Einschätzung der Lebenszufriedenheit keine Unterschiede zwischen Geschlecht, Alter und Schichtzugehörigkeit ausgemacht werden. Auffällig ist auch, dass eine verringerte mentale Gesundheit und eine geringere Lebenszufriedenheit in engem Zusammenhang mit einer geringen *Selbstwirksamkeitserwartung*⁶ stehen. Es ist erkennbar, dass Jungen über eine geringfügig höhere *Selbstwirksamkeitserwartung* verfügen als Mädchen (ebd.). Das Vorhandensein einer *Selbstwirksamkeitserwartung* bzw. die Ausprägung dieser kann gerade in Bezug auf Verhaltensweisen und Verhaltensänderungen eine große Rolle spielen (vgl. Kapitel 5.1.4).

Laut Chiolerio und Schmid (2002) zählen einzelne, aber regelmäßige Risikoverhaltensweisen zu den heute wissenschaftlich nachgewiesenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit von *Jugendlichen*. Dies sind u.a. unfallrisikobehaftetes Verhalten, bewusstes oder unbeabsichtigtes Sich-Schaden-Zufügen sowie der Konsum von psychoaktiven Substanzen, die zu gesundheitlichen Beschwerden führen können. Sowohl der Konsum sowie der beginnende Missbrauch von psychoaktiven Substanzen können unmittelbaren Einfluss auf die gesundheitliche Situation der *Jugendlichen* haben (Ravens-Sieberer et al., 2003).

⁵ Hierbei handelt es sich um elf- bis fünfzehnjährige Jugendliche.

⁶ Eine Definition zur *Selbstwirksamkeitserwartung* wird in Kapitel 5.1.4 gegeben.

Herausbildung von Verhaltensweisen und Lebensstilen in der Jugendphase

Jugend wird als die Lebensphase bezeichnet in der im Besonderen sowohl allgemeine als auch gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Lebensstile, die von lebenslanger Bedeutung sein können, herausgebildet und manifestiert werden (Raithel, 2001; Jessor et al., 1999). Dass Verhaltensweisen, die in jungen Jahren entwickelt wurden, in späteren Jahren schwierig zu verändern sind, ist von großer Bedeutung für gesundheitsförderliche und/oder präventive Maßnahmen (Richter und Settertobulte, 2003; Raithel, 2001). Eltern, Geschwister, Lehrer und andere Bezugspersonen können dabei Vorbilder sein, deren Verhalten – positiver oder negativer Art – gerne imitiert wird (Richter und Settertobulte, 2003; Batra, 2000). Dies gilt auch für die Konsummuster von Nikotin und Alkohol, die in der Gesellschaft immer noch als akzeptierte Formen z.B. der Entspannung oder Geselligkeit gelten und leicht für *Jugendliche* verfügbar sind (Hohm et al., 2005). Hinzu kommt, dass die Tabakindustrie *Jugendliche* als zukunftsreiche Zielgruppe entdeckt hat und ihre Werbe- und Marketingstrategien gezielt auf sie ausrichtet (Leppin et al., 2000).

Entwicklung des Rauchverhaltens im Jugendalter

Das Jugendalter stellt die Phase dar, in der sich das Rauchverhalten entwickelt und verfestigt (Hurrelmann, 2005; Richter und Settertobulte, 2003; Kröger und Heppekausen, 2002; Schmidt, 2001; Batra, 2000). Die Mehrheit der erwachsenen Raucher hat vor ihrem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen (Lindinger, 2006). Ein früher Einstieg ins Rauchen hängt somit wahrscheinlich positiv mit dem Rauchen im Erwachsenenalter zusammen (Hanewinkel, 2003; DiFranza et al., 2002) und erhöht deutlich das Risiko, tabakassozierte Schädigungen zu entwickeln (Richter und Settertobulte, 2003; USDHHS, 1996).

„Je früher junge Menschen mit dem Rauchen beginnen, umso größer ist die Gefahr einer psychischen und körperlichen Abhängigkeit und schwerwiegender körperlicher Folgeerkrankungen.“ (Richter und Settertobulte, 2003, S. 104)

Nach Flay et al. (1993) lässt sich das Erlernen von Rauchverhalten in fünf Phasen von der Vorbereitungs-, über die Probier- und die Experimentierphase bis zum regelmäßigen Konsum und schließlich zur Abhängigkeit einteilen. Diese Phasen können bereits im frühen Kindesalter einsetzen (Flay et al., 1983).

Ergebnisse früherer Studien besagen, dass *Jugendliche* erst in der Phase des täglichen Rauchens eine Abhängigkeit entwickeln (Mayhew et al., 2000). Neuere Studien dagegen zeigen, dass *Jugendliche* sehr viel schneller von Nikotin abhängig werden als angenommen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Abhängigkeitssymptome schon bei jugendlichen Gelegenheitsrauchern – also nicht täglichen Rauchern – innerhalb der ersten zwei Wochen nach Beginn des Rauchens auftreten (DiFranza et al., 2002). Wenn *Jugendliche* Anzeichen einer Abhängigkeit bemerken, macht es ihnen meist schon Probleme, mit dem Rauchen aufzuhören (Lindinger, 2006). Die Abhängigkeit bringt mit sich, dass auch *Jugendliche* in Abstinenzphasen in ähnlichem Umfang wie Erwachsene Entzugssymptomen ausgesetzt sind (Colby et al., 2000; Dozois et al., 1995). Nach Nelson und Wittchen (1998) erfüllen ca. 50 % der rauchenden *Jugendlichen* in Deutschland die Kriterien der Nikotinabhängigkeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Es wird davon ausgegangen, dass die Initiierung des Tabakgebrauchs einem dynamischen Zusammenspiel von soziodemografischen, umweltbedingten, verhaltensbezogenen, erziehungs- und rollenbedingten sowie individuellen Faktoren unterliegt (Leppin et al., 2000; Mayhew et al., 2000; Nutbeam, 1999; USDHHS, 1996). Aus psychologischer Sicht wird das Rauchverhalten als gelerntes Verhalten betrachtet (Lindinger, 2006). Als wichtige intrapersonale Faktoren für den Beginn des Rauchens gelten Einstellungen und Überzeugungen hinsichtlich des Konsums von Tabak. Es wird davon ausgegangen, dass positive Erwartungen an das Rauchen und hinsichtlich der Funktionalität des Rauchens die Wahrscheinlichkeit des Zigarettenkonsums erhöhen (Conrad et al., 1992 und Semmer et al., 1991 nach Hohm et al., 2005). Auch die Einschätzung der eigenen Widerstandskraft gegenüber sozialem Druck hat entscheidenden Einfluss auf das Rauchverhalten von *Jugendlichen* (Lindinger, 2006; Hohm et al., 2005).

Zigaretten und der Gebrauch von anderen Drogen bei *Jugendlichen*

Einigkeit besteht unter zahlreichen Wissenschaftlern darin, dass der Konsum von Zigaretten für *Jugendliche* einen schrittweisen, lernhaften Beginn in den Substanzgebrauch darstellen kann. Dabei kann es sich um andere legale Drogen wie Alkohol aber auch um den Konsum von illegalen Drogen wie Cannabis, Ecstasy, Kokain oder Heroin handeln (Lindinger, 2006; Hurrelmann, 2005; Hanewinkel, 2003; Hurrelmann, 2002; Lieb et al., 2000; Leppin, 2000; Nelson und Wittchen, 1998; USDHHS, 1996). So liegt der Konsum von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen bei rauchenden *Jugendlichen* signifikant höher als bei nichtrauchenden Gleichaltrigen (Everett et al., 1998 nach Kröger und Heppekausen, 2002).

Prävention bei *Jugendlichen*

Prävention im Jugendbereich erweist sich laut Kolip (1999) als schwierig. Einen Grund dafür sieht sie in der Tatsache, dass Risikoverhalten von *Jugendlichen*, wie bereits beschrieben, eine zentrale Funktion bei der Lösung von jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben erfüllt. Weiterhin spielt für Präventionsaktivitäten eine entscheidende Rolle, dass *Jugendliche* auf ihr aktuelles Wohlbefinden bedacht sind und nicht spätere gesundheitliche Beeinträchtigungen in Betracht ziehen (Hurrelmann, 2005; Raithel, 2001; Kolip, 1999).

Laut Hurrelmann (2005) müssen Programme der Suchtprävention – sowohl illegaler als auch legaler Suchtsubstanzen – die psychische und soziale Funktion des Drogengebrauchs von *Jugendlichen* ansprechen. Seiner Meinung nach sollte der Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Lebensbewältigung vermittelt und sachliche Information ohne moralische Wertung geboten werden. Die reine Information über gesundheitliche Risiken und Suchtgefahren sieht er als weniger geeignet an, da *Jugendliche* ohnehin über die physiologisch und psychologisch gefährdenden Wirkungen von legalen und illegalen Drogen Bescheid wüssten. Er weist noch einmal im Besonderen darauf hin, dass eine abschreckende Darstellung von Gesundheitsrisiken keinen Effekt habe, da gerade die Funktionalität des Drogenkonsums in Form von Bewältigungsstrategien bei *Jugendlichen* klar im Vordergrund stehe. Vielmehr sollte es darum gehen, alternative Verhaltensweisen aufzuzeigen. Roth et al. (2003) bestätigen, dass „[...] *Jugendlichen* in den

krisehaften Situationen der Adoleszenz⁷ keine alternativen, adäquateren Bewältigungsstrategien zur Lösung ihrer Probleme zur Verfügung stehen“ (ebd., S. 411).

Die gewählten Verhaltensalternativen müssen die gleiche Funktionalität wie die risikobehafteten Verhaltensweisen erfüllen und zudem attraktiv für *Jugendliche* sein. Als weitere zentrale Aufgabe wird die Förderung der Selbstwirksamkeit der *Jugendlichen* angesehen (Hurrelmann, 2005) (vgl. Kapitel 5.1.4).

Ravens-Sieberer et al. (2003) heben hervor, dass es für die Gesundheitsförderung und Prävention von entscheidender Bedeutung sei herauszufinden, welche „*Mechanismen und Determinanten gesundheitsrelevantes Verhalten bei Jugendlichen bedingen*“ (ebd., S. 151), um bei den *Jugendlichen* – den Erwachsenen von Morgen – negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit zu verhindern.

⁷ Der Begriff *Adoleszenz* wird dabei synonym zu dem Begriff *Jugend* verwendet.

3 Epidemiologie des Rauchverhaltens von Jugendlichen

Im folgenden Kapitel soll auf die Epidemiologie des Rauchverhaltens von Jugendlichen in Deutschland und in Hamburg eingegangen werden. Die dargestellten Daten sollen einen Überblick darüber geben, wie viele Jugendliche überhaupt rauchen, wie viele Zigaretten geraucht werden, in welchem Alter im Schnitt die erste Zigarette konsumiert wird und wie sich der Raucheranteil bei Jugendlichen über die letzten Jahre entwickelt hat. Insbesondere die gegenwärtige Quote der rauchenden Jugendlichen sowie die Angaben zu der Anzahl an gerauchten Zigaretten und zu Versuchen bei Jugendlichen, mit dem Rauchen aufzuhören, sollen den Bedarf und die Notwendigkeit für Raucherentwöhnungsangebote speziell für Jugendliche aufzeigen.

Generell ist davon auszugehen, dass der Anteil der rauchenden Jugendlichen in den unteren sozialen Statusgruppen höher ist als in den oberen Statusgruppen (Deutscher Bundestag, 2005). Dieser soziale Status kann z.B. an den verschiedenen Schultypen festgemacht werden. So sind Schüler von Haupt- oder Berufsschulen eher betroffen, als Schüler von Gymnasien (BZgA, 2006; Kolip, 2000).

Bei der Darstellung wird auf verschiedene Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Hamburger SCHULBUS aus den Jahren 2004 und 2005 zurückgegriffen. Da nicht das gesamte Datenmaterial dieser Studien an dieser Stelle dargestellt werden kann, soll v.a. auf die für diese Arbeit wichtigsten Kennwerte eingegangen werden.

Epidemiologie des Rauchverhaltens von Jugendlichen in Deutschland

Anteil rauchender Jugendlicher

Der Anteil der 12- bis 19-jährigen Jugendlichen, die überhaupt schon einmal geraucht haben⁸, beläuft sich im Jahre 2006 auf 55 %. 2005 lag dieser Wert noch bei 66 %. Der *Nieraucheranteil* liegt 2006 entsprechend bei 45 % und ist im Vergleich zu 2005 um 11 % gestiegen (BZgA, 2006; BZgA, 2005). Generell ist zu beobachten, dass er mit zunehmendem Alter immer geringer wird (BZgA, 2004). In der Gruppe der 12- bis 15-Jährigen ist allerdings 2006 ein besonders starker Anstieg der Nieraucher zu verzeichnen (BZgA, 2006).

Gelegentlich oder täglich rauchen nach der 30-Tage-Prävalenz⁹ gegenwärtig 21 % der 12- bis 19-jährigen Jugendlichen. Dabei handelt es sich um den seit 1979 niedrigsten Wert, der im Vergleich zu 2003 einen Rückgang um 1 % bedeutet (dieser Rückgang ist allerdings nicht statistisch signifikant)¹⁰. Dabei wurde bei den männlichen Jugendlichen für die 30-Tage-Prävalenz überhaupt kein Rückgang festgestellt und für die weiblichen Jugendlichen ein Rückgang von 21 % auf 19 % (ebenfalls statistisch nicht signifikant) (BZgA, 2006). 14 % von diesen 21 % rauchen am Tag mindestens eine Zigarette und werden als tägliche Raucher

⁸ Hier wird auf die Lebenszeitprävalenz Bezug genommen. Sie bezieht sowohl diejenigen ein, die immer noch rauchen, als auch diejenigen, die nur einmal in ihrem Leben eine Zigarette geraucht haben und dann nie wieder.

⁹ Das heißt, die befragten Personen haben in den letzten 30 Tagen und in ihrem Leben insgesamt mehr als 100 Zigaretten geraucht (nach WHO-Definition). Dadurch werden Jugendliche, die nur einmal eine Zigarette probiert haben bzw. nie richtig angefangen haben zu rauchen, herausgefiltert.

¹⁰ Der geringere Rückgang zum Vergleich zu den Daten nach Selbsteinschätzung liegt darin begründet, dass hier die gelegentlichen Raucher und Probierer, die das Rauchen leichter aufgeben, nicht mit erfasst werden.

bezeichnet. 8 % der 12- bis 19-jährigen Raucher konsumieren mehr als 10 Zigaretten pro Tag und werden damit als starke Raucher eingestuft¹¹ (BZgA, 2006).

Einstellung zum Rauchen bei nichtrauchenden Jugendlichen

86 % der 12- bis 19-jährigen nichtrauchenden Jugendlichen geben im Jahre 2005 an, dass sie auf keinen Fall mit dem Rauchen anfangen wollen. Dieser Anteil hat seit 2003 um 3 % zugenommen. 14 % dagegen können sich vorstellen, innerhalb des nächsten Jahres zumindest gelegentlich zu rauchen. Dabei liegt der Anteil der Mädchen mit 16 % etwas höher als der Anteil der Jungen mit 12 %. Festzuhalten ist dabei, dass der Anteil der 16- bis 19-Jährigen mit 20 % doppelt so hoch ausfällt wie der Anteil der 12- bis 15-Jährigen, die vorhaben, mit dem Rauchen zu beginnen (BZgA, 2006).

Längerfristige Entwicklung der Raucherquote bei Jugendlichen

Die Darstellung der längerfristigen Entwicklung der Raucherquote bei Jugendlichen ist mit den Angaben nach Selbsteinschätzung möglich, die seit vielen Jahren mit Hilfe von Daten aus verschiedenen BZgA-Studien erfasst werden. So verzeichnet der Anteil der rauchenden 12- bis 19-jährigen Jugendlichen seit 1979 in Deutschland insgesamt einen langsam rückläufigen Trend. Im Gegensatz zu 37 % in 1979 liegt der Anteil der ständig und gelegentlich rauchenden Jugendlichen heute bei nur 26 % (ebd.).

Dieser rückläufige Trend der Raucherquote kann ebenfalls für die Gruppe der nur 12- bis 17-jährigen Jugendlichen¹² im Zeitraum 1993 bis 2005 bestätigt werden. Der Raucheranteil dieser Gruppe lag 1993 bei 20 % (Frauen 20 %, Männer 21 %), 2001 bei 28 % (Frauen 28 %, Männer 27 %) und 2005 bei erneut 20 % (Frauen 19 %, Männer 21 %). Obwohl ein Rückgang sowohl bei den weiblichen als auch den männlichen Jugendlichen zu verzeichnen ist, verläuft der Rückgang bei den Frauen etwas stärker als bei den Männern (BZgA, 2006; BZgA, 2005). Die Zahlen dieser Altersgruppe sind besonders untersuchenswert, da Mitte der 90er-Jahre bei dieser die Raucherquote im Vergleich zu der Gruppe der 18- bis 25-Jährigen besonders stark angestiegen war. Im Jahre 2001 war bei den 12- bis 17-Jährigen zwar eine gleich bleibende Raucherquote zu verzeichnen, doch bei den 18- bis 25-Jährigen ging die Raucherquote sogar deutlich zurück. Nach 2001 nahm die Raucherquote allerdings auch bei den Jüngeren wieder deutlich ab (BZgA, 2005).

Entwicklung der Raucherquote bei weiblichen und männlichen Jugendlichen

Auffallend ist, dass sich die Raucherquoten der männlichen und weiblichen Jugendlichen über die letzten Jahre hinweg angeglichen haben. Bis 1993 lag der Anteil der männlichen Raucher deutlich höher. Zwischen 1993 und 1997 stieg der Anteil der weiblichen Raucherinnen stark an (besonders in den ostdeutschen Bundesländern). Seitdem sind keine wesentlichen Unterschiede zu verzeichnen. Diese Angleichung ist langfristig eher auf eine stärkere Abnahme der Raucherquote bei männlichen Jugendlichen zurückzuführen. Sie ist von 1979 mit 40 % auf 27 % im Jahre 2005 zurückgegangen. Bei den Mädchen war dagegen nur ein Rückgang um 9 % von 34 % (1979) auf 25 % (2005) zu verzeichnen (BZgA, 2006).

¹¹ Nach WHO-Definition sind starke Raucher diejenigen, die 20 oder mehr Zigaretten pro Tag rauchen. Nach BZgA (2006) wird dagegen für Jugendliche von einem Schwellenwert von 10 Zigaretten ausgegangen.

¹² Diese Eingruppierung richtet sich nach der Volljährigkeitsgrenze.

Rauchverhalten nach Alter und Intensität sowie Erstkonsum

Generell wird davon ausgegangen, dass Rauchen unter Jugendlichen stark altersabhängig ist. Bei den 12- bis 15-Jährigen rauchen gegenwärtig 12 % und bei den 16- bis 19-Jährigen 41 %. Dies ist der bisher niedrigste Wert dieser Altersgruppe (ebd.).

Unter den 12- bis 15-Jährigen gab es mit 4 % 2005 relativ wenig *tägliche Raucher*. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil *täglicher Raucher* an. So zählten 2005 unter den 16- bis 19-Jährigen schon 23 % zu den *täglichen Rauchern*. Dabei ließen sich in der Gruppe der jungen Männer mit 14 % etwas mehr tägliche Raucher ausfindig machen als in der Gruppe der jungen Frauen mit 13 %. Der Anteil der *täglichen Raucher* insgesamt hat von 2003 auf 2005 um nur 1 % zugenommen (ebd.). Der Anteil der täglich rauchenden Jugendlichen nach Altersgruppen erlaubt Abschätzungen darüber, wie hoch der Anteil der späteren erwachsenen Raucher voraussichtlich ausfallen wird. Denn allgemein wird davon ausgegangen, dass je länger geraucht wird, desto eher entwickelt sich das Rauchen zur Gewohnheit und umso schwieriger fällt es, es aufzugeben (BZgA, 2004).

Sowohl in der Gruppe der 12- bis 15-Jährigen als auch bei den 16- bis 19-Jährigen hat 2005 der Anteil der *Probierer* sowie der Anteil der *Gelegenheitsraucher* abgenommen. Der Anteil der *starken Raucher* ist von 2003 auf 2005 von 9 % auf 8 % zurückgegangen¹³ (BZgA, 2006).

Weiterhin ist festzustellen, dass im Laufe der *Rauchkarriere* – also die Zeit, seitdem geraucht wird unabhängig vom Alter – sowohl die Anzahl gerauchter Zigaretten als auch der Anteil *starker Raucher*¹⁴ erheblich zunimmt. Unter den 12- bis 15-Jährigen befinden sich 4 % und unter den 16- bis 19-Jährigen 7 % *starke Raucher*. Bei den 20- bis 25-Jährigen sind es sogar 17 %. Dabei sind in der Gruppe der jungen Männer etwas mehr *starke Raucher* als in der Gruppe der jungen Frauen zu verzeichnen (BZgA, 2004).

Hinsichtlich des Durchschnittalters bei *Erstkonsum* sind in den letzten Jahren bei der Gruppe der 12- bis 19-jährigen Jugendlichen keine wesentlichen Veränderungen verzeichnet worden. Das Alter bei *Erstkonsum* lag 1986 bei 12,8 Jahren. Wobei die männlichen Jugendlichen mit 12,5 Jahren im Schnitt etwas eher ihre erste Zigarette rauchen als weibliche Jugendliche mit 13,2 Jahren. Nach einem geringfügigen Anstieg auf 13,2 Jahre konnte bis 2005 wieder eine Abnahme verzeichnet werden. So dass das Durchschnittsalter nun wie 2003 bei 12,9 Jahren liegt.¹⁵ Im Jahre 2004 war es sogar zwischenzeitlich auf 12,7 Jahre gesunken (BZgA, 2006).

Die Einstellung zum eigenen Rauchverhalten

Die Kennwerte zeigen, dass die Mehrheit der jugendlichen Raucher nicht unbedingt vom Rauchen überzeugt und mit ihrem Rauchverhalten unzufrieden ist. Im Jahre 2005 dachten mehr als die Hälfte (59 %) der rauchenden 12- bis 19-Jährigen darüber nach, in absehbarer Zeit mit dem Rauchen aufzuhören. 24 % konnten sich vorstellen, schon innerhalb der nächsten 30 Tage mit dem Rauchen aufzuhören, weitere 35 % zumindest

¹³ Hier wird von dem Anteil der Raucher nach der 30-Tage-Prävalenz ausgegangen.

¹⁴ In der BZgA-Studie 2004 werden im Gegensatz zur BZgA-Studie 2006 20 oder mehr Zigaretten und nicht 10 oder mehr Zigaretten als Kriterium für starkes Rauchen genommen.

¹⁵ Es ist wichtig zu beachten, dass das Durchschnittsalter des Erstkonsums von der Altersgrenze der befragten Gruppe abhängt. So liegt das Durchschnittsalter der 12- bis 25-Jährigen aus der DAS 2005 der BZgA bei 13,6 Jahren, was an dem Anteil der über 19-Jährigen liegt, die evtl. in einem etwas höheren Alter das erste Mal geraucht haben.

innerhalb der nächsten sechs Monate. Diese Zahlen belegen die gerade unter den 12- bis 19-Jährigen verbreitete hohe Bereitschaft, sich das Rauchen abzugewöhnen. 69 % der 12- bis 15-Jährigen – diese haben zumeist erst gerade mit dem Rauchen angefangen – ziehen in Erwägung, mit dem Rauchen aufzuhören. 28 % wollen ihr Vorhaben sogar in den nächsten 30 Tagen umsetzen. Eine Erklärung dafür könnte die kurze Dauer ihrer *Rauchkarriere* sein. Dagegen wollen immer noch 39 % der 12- bis 19-Jährigen bzw. 28 % der 12- bis 15-Jährigen an ihrer Gewohnheit festhalten (ebd.).

Im Vergleich zu 2003 ist 2005 eine Abnahme der Jugendlichen, die ihr Rauchverhalten ändern wollen, zu verzeichnen. So wollten 2003 noch 69 % der 12- bis 19-Jährigen mit dem Rauchen aufhören (ebd.). Sowohl für die *Aufhörwilligen* als auch für diejenigen Jugendlichen, die eigentlich weiterrauchen wollen, könnte ein professionelles Raucherentwöhnungsangebot eine große Unterstützung sein und dadurch der rückläufige Trend wieder auffangen werden.

Aufhörversuche bei Jugendlichen

Insgesamt haben 2005 66 % der Jugendlichen bereits einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. 58 % davon sogar im letzten Jahr. Dabei ist der Anteil der weiblichen und männlichen Jugendlichen ungefähr gleich hoch. Bei den 12- bis 15-Jährigen lag der Anteil bei 58 % sowie bei den 16- bis 19-Jährigen lag der Anteil bei 51 %. Nur ein kleiner Teil dieser rauchenden Jugendlichen setzt sein Vorhaben allerdings erfolgreich um, was an dem geringen Anteil der ehemaligen Raucher abzulesen ist. So lag die Quote der *Exraucher* bei den 12- bis 19-Jährigen 2003 bei 2 % und 2005 bei lediglich 3 % (ebd.).

Die Anzahl der erfolglosen Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, lässt darauf schließen, dass die rauchenden Jugendlichen Schwierigkeiten bei der Umsetzung haben. Dies könnte vielfältige Ursachen haben (BZgA, 2004). So glauben z.B. viele der jungen Raucher, sich allein das Rauchen abgewöhnen zu können (Sussman et al., 1998). Gleichzeitig überschätzen sie den Prozentsatz der Jugendlichen, denen es gelingt, Nichtraucher zu werden (Kröger und Heppekausen, 2002; Paavola et al., 2001).

Neben der Bereitschaft zum Aufhören und der Anzahl der Versuche spielt die eigene Motivation und die Einschätzung der eigenen Kompetenz zum Aufhören eine große Rolle. 11 % der 12- bis 19-jährigen Jugendlichen schätzen ihre Motivation zum Rauchstopp als sehr hoch, 22 % als hoch, 41 % als Mittel und 26 % als gering oder sehr gering ein. Lediglich 20 % sagen von sich, dass sie mit Sicherheit, und 31 %, dass sie mit großer Wahrscheinlichkeit mit dem Rauchen aufhören können. 20 % dagegen meinen, dass sie nicht aufhören können (BZgA, 2005).

Laut der Drogenaffinitätsstudie (DAS) der BZgA 2001¹⁶ gaben nur 8 % der *Aufhörwilligen* an, schon einmal von Hilfsmitteln Gebrauch gemacht zu haben. Die gängigen Hilfsmittel¹⁷ bieten aus Sicht der betroffenen Jugendlichen keine angemessene Unterstützung. Trotz des hohen Bedarfs an Unterstützung scheint es bei den Jugendlichen wesentliche Wissensdefizite hinsichtlich adäquater Interventionsmaßnahmen zu geben (BZgA, 2006; Kröger und Heppekausen, 2002). 36 % der 12- bis 19-Jährigen würden sich gerne über Beratungsmöglichkeiten informieren. Ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, welche Hilfsmittel von Jugendlichen angenommen werden und welche den gewünschten Erfolg haben, stehen nach

¹⁶ In der DAS 2001 wurden 12- bis 25-Jährige befragt.

¹⁷ In dieser Studie wird nicht weiter erläutert, was mit *gängigen Hilfsmitteln* gemeint ist.

Kröger und Heppekaufen (2002) nach aus. Laut BZgA (2006) sind 74 % der 12- bis 19-jährigen rauchenden Jugendlichen verschiedene Beratungs- oder Informationsmöglichkeiten bekannt.

Epidemiologie des Rauchverhaltens von 12- bis 18-jährigen Jugendlichen in Hamburg

Fast die Hälfte (42 %) der 12- bis 18-jährigen Jugendlichen in Hamburg gaben 2005 an, zurzeit Tabak zu konsumieren¹⁸. Mit 46 % rauchen deutlich mehr Mädchen als Jungen mit 39 %. Obwohl ein geringfügiger Rückgang im Vergleich zu 2004 mit 44 % zu verzeichnen ist, verbleibt die Raucherquote auf einem hohen Niveau (Baumgärtner, 2005). Im Bundesvergleich mit 35 % rauchten 2004 9 % mehr Jugendliche in Hamburg¹⁹ (BZgA, 2004). 2004 haben 71 % in ihrem Leben schon einmal geraucht²⁰ (Baumgärtner, 2004). Der Anteil der Jugendlichen, die schon einmal in ihrem Leben eine Zigarette geraucht haben, liegt somit in Hamburg 5 % über dem gesamten Anteil im Bundesgebiet (BZgA, 2004).

Das Durchschnittsalter für den *Erstkonsum* ist 2005 mit 12,6 Jahren noch einmal gesunken. 2004 lag es bei 12,8 Jahren (Baumgärtner, 2005). Im Bundesvergleich mit 12,9 Jahren sind Jugendliche in Hamburg im Schnitt drei Monate jünger, wenn sie das erste Mal eine Zigarette konsumieren. Wobei Jungen bei *Erstkonsum* in der Regel mit 12,5 Jahren etwas jünger sind als Mädchen mit 12,8 Jahren (ebd.).

Die Anzahl der durchschnittlich am Tag gerauchten Zigaretten im Jahre 2005 hat bei den Mädchen mit 8,1 Zigaretten pro Tag um 0,8 Zigaretten im Vergleich zu 2004 zugenommen. Bei den Jungen war ein geringer Rückgang von 7,4 auf 7,3 Zigaretten zu verzeichnen. Generell konnte gezeigt werden, dass die Anzahl der gerauchten Zigaretten auch in Hamburg mit dem Alter zunimmt. Während 2004 im Alter von 14 Jahren im Schnitt 5,1 Zigaretten pro Tag geraucht wurden, sind es mit 18 Jahren bereits 9,5 Zigaretten. 2004 wurde unter den aktiven Raucherinnen ein kontinuierlicher Anstieg der konsumierten Zigaretten pro Tag verzeichnet. Deutlich wird ein Zusammenhang zwischen dem Alter des Erstkonsums und der Anzahl der durchschnittlich gerauchten Zigarette. So gaben 18-jährige Raucher an, die mit zehn Jahren oder früher mit dem Rauchen begonnen hatten, täglich 11,1 Zigaretten zu rauchen. 18-Jährige, die beim Einstieg 16 Jahre oder älter waren, rauchen im Schnitt 5,8 Zigaretten (Baumgärtner, 2005).

Weiterhin lassen die in dem SCHULBUS gewonnenen Daten darauf schließen, dass Jugendliche, die bis zu einem Alter von 15 Jahren nicht mit dem Rauchen angefangen haben, danach selten mit dem Rauchen beginnen (ebd.). Auch weitere Experten sind der Meinung, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, mit dem Rauchen anzufangen, generell abnimmt (Lindinger, 2006).

¹⁸ Hier wird von der 30-Tage-Prävalenz ausgegangen.

¹⁹ Ein Vergleich der Angaben ist nur eingeschränkt möglich, da die Drogenaffinitätsstudie 2004 der BZgA und die Hamburger SCHULBUS 2004 unterschiedliche Altersspannen untersuchen.

²⁰ Hier wird von der Lebenszeit-Prävalenz ausgegangen.

Zusammenfassung Rauchverhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die Prävalenz der rauchenden Jugendlichen in Deutschland verzeichnet insgesamt v.a. in den letzten Jahren einen rückläufigen Trend. Die Raucherquote der Jugendlichen ist aber weiterhin besorgniserregend hoch. Besonders auffällig stellt sich die Entwicklung der jüngeren Altersgruppe von zwölf bis fünfzehn Jahren dar. Weiterhin ist festzustellen, dass die Anzahl der rauchenden Mädchen zugenommen und sich der Quote der rauchenden Jungen angeglichen hat. Ein Großteil der jungen Raucher ist mit seinem eigenen Rauchverhalten unzufrieden und will mit dem Rauchen aufhören. Er überschätzt die Zahl derjenigen, die es schaffen, alleine mit dem Rauchen aufzuhören. Hilfsangebote könnten die Betroffenen dabei unterstützen, mit dem Rauchen aufzuhören, und damit verbundene Schwierigkeiten wie z.B. körperliche Entzugssymptome oder Rückfallsituationen zu überwinden. Diese werden aber bisher für rauchende Jugendliche in Deutschland nicht flächendeckend angeboten (vgl. Kapitel 4.1).

4 Raucherentwöhnung für Jugendliche

Warum sind spezielle Entwöhnungsangebote für rauchende Jugendliche sinnvoll und unbedingt erforderlich? Dieser Frage soll im folgenden Kapitel nachgegangen sowie ein konkretes Beispiel für ein Raucherentwöhnungsangebot am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vorgestellt werden.

4.1 Raucherentwöhnungsangebote speziell für Jugendliche

Raucherentwöhnungsprogramme für Erwachsene sind in Deutschland weit verbreitet. Angebote zur Raucherentwöhnung für Jugendliche existieren dagegen eher wenig²¹ (Isensee et al., o. J.). Obwohl unter den Experten in diesem Bereich Einigkeit darin besteht, dass altersspezifische Entwöhnungsangebote für Jugendliche dringend notwendig sind (Lindinger, 2006; Leppin et al., 2000; WHO und Koalition gegen das Rauchen, 1999; Hurrelmann, 1998). Hurrelmann (2003) betont, dass Sekundärprävention wie beispielsweise Raucherentwöhnung sich in der Altersgruppe der 13- bis 18-Jährigen als besonders lohnenswert erweist. Schmidt (2001) spricht sogar „von *bisher nahezu ungenutzten Potentialen der sekundären Prävention*“ (ebd., S. 22). Lindinger (2006) weist darauf hin, dass bislang keine überzeugenden Strategien zur Motivation von jugendlichen Rauchern vorliegen – weder nach nationalen noch nach internationalen Leitlinien. Dies kann u.a. darauf zurückzuführen sein, dass die Erfahrungen hinsichtlich Interventionen bei Jugendlichen noch sehr gering sind und somit das Wissen über adäquate und v.a. erfolgreiche Maßnahmen noch erweitert werden muss – im Vergleich zu Interventionen bei erwachsenen Rauchern (Kröger und Hepekausen, 2002).

Die hohe Quote an rauchenden Jugendlichen, die niedrige Wahrscheinlichkeit, dass regelmäßig rauchende Jugendliche von alleine aufhören, die niedrige Rate von spontanen Aufhörversuchen unter Jugendlichen, obwohl viele von ihnen durchaus den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören, und die hohe Anzahl der gescheiterten Versuche der Jugendlichen, sich alleine das Rauchen abzugewöhnen, sprechen für die Entwicklung und Umsetzung spezieller Entwöhnungsangebote für Jugendliche (Mermelstein, 2003; Hepekausen et al., 2001; Paavola, Vartiainen und Puska, 2001) (vgl. Kapitel 3). Darüber hinaus befinden sie sich in einem Alter, in dem Lebensweisen und -stile geprägt und Nutzungsmuster noch sehr flexibel sind. Daher sollten die Bemühungen darin bestehen, rauchende Jugendliche in dieser Phase von ihrer Gewohnheit abzubringen (Hurrelmann, 1998). Laut Sussman et al. (1999) können Aufhörerfolge (im Sinne von dauerhafter Abstinenz, Anmerk. d. Verfass.) bei Jugendlichen mittels spezieller Entwöhnungsprogramme um das Dreifache erhöht werden.

Entscheidend für die erfolgreiche Einführung von Entwöhnungsangeboten für rauchende Jugendliche ist auch die zielgruppenspezifische Ausrichtung der Maßnahme (Dobusch, 2005; Seibt, 2003b; Mermelstein, 2003; WHO 1983 nach Kolip et al., 1995). Zielgruppenspezifisch bedeutet, dass zum einen der richtige Zugangsweg gewählt und zum anderen das Angebot inhaltlich-methodisch auf die Zielgruppe ausgerichtet

²¹ So existieren nach Kenntnis der Verfasserin aus Telefon- und E-Mailkontakten mit verschiedenen Sucht- und Entwöhnungseinrichtungen z.B. in einer Großstadt wie Hamburg bisher lediglich zwei Angebote, die speziell auf jugendliche Raucher ausgerichtet sind (vgl. Kapitel 4.2).

sein sollte (Laging, 2005). Dies und die Erkenntnis, dass rauchende Jugendliche andere Motive für eine Verhaltensänderung haben als erwachsene Raucher, erklärt, warum Entwöhnungsangebote für Erwachsene nicht einfach auf Jugendliche übertragen werden können (Heppekausen et al., 2001). Weiterhin sollte das Angebot geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein (Schmidt, 2001). So weist Lindinger (2006) darauf hin, dass geschlechtsspezifische Elemente in der Tabakentwöhnung Jugendlicher möglicherweise sogar eine größere Rolle spielen können als bei der Tabakentwöhnung für Erwachsene. Eine Aufteilung der Zielgruppe in Untergruppen zur Steigerung der Effektivität eines Angebotes kann ebenfalls durchaus sinnvoll sein (Mermelstein, 2003; Schmidt, 2001). Neben dem Geschlecht können das Alter aber auch andere Kriterien wie sozio-ökonomischer Status, Schulbildung, ethnische Herkunft oder Religion von Bedeutung sein.

Bei der Zielgruppe der Jugendlichen handelt es sich um eine sehr heterogene und damit relativ schwierige Zielgruppe. Zum einen befinden sie sich in einer kritischen Lebensphase, die mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen verbunden ist. In diesem Zusammenhang kann das Rauchen für sie eine bestimmte Funktion erfüllen, so dass Jugendliche gar keinen Anlass für eine Verhaltensänderung sehen. Ihr Interesse an einem Rauchstopp wird dementsprechend gering ausfallen (Kröger und Heppekausen, 2002) (vgl. Kapitel 2). Auch unklare Ausstiegsmotive und eine Überschätzung der eigenen Fähigkeit, ohne professionelle Hilfe mit dem Rauchen aufhören zu können, erschweren den Zugang zu ihnen (Lindinger, 2006). Weiterhin treten sie professionellen Ausstiegsangeboten mit großer Skepsis gegenüber und wollen lieber ohne fremde Hilfe aufhören (Leatherdale und McDonald, 2001 nach Lindinger, 2006; Kröger und Heppekausen, 2002). Diese Faktoren erschweren den Zugang zu Jugendlichen ebenso wie die mangelnde Einsicht langfristiger gesundheitlicher Folgeerscheinungen durch das Rauchen und des damit verbundenen Leidensdrucks, durch den Erwachsene oft motiviert sind, das Rauchen aufzugeben (Lindinger, 2006). Grundsätzlich müssen Jugendliche sich selbst erst einmal als Raucher identifizieren, um sich von einem Entwöhnungsangebot angesprochen zu fühlen (Mermelstein, 2003).

Neben jugendspezifischen Faktoren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Tabak auch bei Jugendlichen zu einer Abhängigkeit führt – und zwar oft schon bevor sie anfangen, täglich zu rauchen (Lindinger, 2006; Mermelstein, 2003; Heppekausen et al., 2001). Diese Tatsache wurde bisher häufig unterschätzt (Lindinger, 2005) (vgl. Kapitel 2). Erschwerend kommt die mangelnde Unterstützung aus dem sozialen Umfeld hinzu. Oft rauchen Familienmitglieder oder Freunde selbst und üben Druck auf Jugendliche aus zu rauchen (Levinsohn et al., 1999 nach Lindinger 2006). All diese Faktoren müssen hinsichtlich der (erfolgreichen) Entwicklung von Entwöhnungsangeboten für Jugendliche zukünftig stärker berücksichtigt werden (Lindinger, 2006).

Im Idealfall sollten natürlich alle rauchenden Jugendlichen für einen Raucherentwöhnungskurs gewonnen werden. Aus Gründen der Effizienz sollte der Fokus auf diejenigen rauchenden Jugendlichen gerichtet werden, die sich nach dem *Transtheoretischen Modell der Phasen der Verhaltensänderung* (TTM) in der Stufe der *Vorbereitung* zu einer Verhaltensänderung befinden (vgl. Kapitel 5.1.1).

4.2 Das Raucherentwöhnungsangebot für Schüler am UKE

Das Raucherentwöhnungsangebot am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) richtet sich an rauchende Schüler der 8. bis 13. Klasse, die mit dem Rauchen aufhören wollen. Ziel des Kurses ist die Tabakabstinenz. Es handelt sich um ein Gruppenangebot, für das ca. acht Treffen à 90 Minuten vorgesehen sind. Pro Woche gibt es in der Regel ein Treffen. Der Kurs folgt dem *Prinzip der Schluss-Punkt-Methode*. Das bedeutet, dass zu einem festgelegten Zeitpunkt das Rauchen schlagartig eingestellt wird. Ein voraussichtlich guter Zeitpunkt für den Rauchstopp stellt das dritte Treffen dar. Gemeinsam mit den Teilnehmern wird der Rauchstopp vorbereitet und ein *Notfallkoffer* mit Dingen, die den rauchenden Schülern beim Aufhören helfen könnten, gepackt. Im Anschluss erfolgt der offizielle Rauchstopp. Die Anmeldung zum Kurs kann telefonisch im Sekretariat der Drogenambulanz des UKE, per Post, SMS oder per E-Mail erfolgen.

Insgesamt besteht das Kursprogramm aus vier Teilen, die sich auf die einzelnen Treffen verteilen. Im *ersten Teil* geht es darum, die persönlichen Motive für die Entscheidung zum Nichtrauchen zu reflektieren und die Vorteile eines Rauchstopps herauszuarbeiten. Außerdem wird ein Rauchprotokoll eingeführt. Den Teilnehmern wird vorgeschlagen, sich einen *Buddy*, d.h. einen Paten oder Unterstützer, zu suchen. Dieser soll sie bei ihrem Vorhaben, mit dem Rauchen aufzuhören, unterstützen. Dabei kann es sich um eine Person aus dem Kurs oder einen Freund, ein Familienmitglied oder einen Lehrer handeln. Im *zweiten Teil* erhalten die Kursteilnehmer Informationen zum Thema Rauchen und Gesundheit. Außerdem wird eine Diskussion über die medialen Einflüsse auf das Bild vom Rauchen angeregt. Im Zentrum des *dritten Teils* stehen praktische Übungen zur Förderung der sozialen Kompetenz, des Umgangs mit Stress und der Standfestigkeit gegenüber sozialen Einflüssen. Der *vierte Teil* steht im Zeichen der Rückfallprävention. Die Teilnehmer tauschen sich über ihre ersten Erfahrungen mit dem Nichtrauchen aus und ergänzen ihren *Notfallkoffer*. Sie bekommen praktische Anregungen zu den Bereichen alternative Freizeitaktivitäten, Bewegung und gesunde Ernährung aber auch zu anderen jugendspezifischen Themen wie z.B. Beispiel Flirten ohne Zigarette.

Nach Abschluss des Kurses wird der Kontakt zu den Teilnehmern per Email oder per SMS²² aufrechterhalten. Die zentralen Techniken des Kurses sind Gruppendiskussionen, Paararbeit sowie Rollenspiele mit anschließender Rückmeldung. Der Kurs wird von Diplom-Psychologen durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert. Eine Trennung der Kursteilnehmer nach Mädchen und Jungen wird von den Kursleitern angestrebt. Zurzeit richtet sich das Angebot v.a. an Allgemeinbildende Schulen. In der Zukunft soll das Angebot verstärkt auch auf sozial Benachteiligte, die einen hohen Anteil der rauchenden Jugendlichen ausmachen, ausgeweitet werden (Völker und Thomasius, 2006).

²² Abkürzung für englisch *short message service*, Kurznachrichtendienst (Bibliothekarisches Institut und F. A. Brockhaus AG, 2002-2006)

5 Zugang zur Zielgruppe rauchende Jugendliche

„M.E. liegt im Zugang zu den Jugendlichen tatsächlich die Wurzel für erfolgreiche Programme.“
(Vogel, 2006)

In dem folgenden Kapitel wird auf den Zugang zu rauchenden Jugendlichen eingegangen. Die genaue Planung und die bewusste Gestaltung des Zugangs zur angestrebten Zielgruppe wird als notwendiger Bestandteil für den Erfolg einer Entwöhnungsmaßnahme angesehen. Der Zugang kann als richtiger Weg, um die angestrebte Zielgruppe zu erreichen, also ihr Interesse zu wecken oder sie zur Inanspruchnahme einer Maßnahme zu motivieren, beschrieben werden. Angewandte Zugangswege sollten regelmäßig auf ihre Effektivität hin untersucht und gegebenenfalls neu gestaltet werden. Es sollten im Vorwege Kriterien festgelegt werden, an denen der Erfolg eines Zugangsweges gemessen werden kann. Ein Kriterium könnte darstellen, ob verbreitete Informationen zu einem Angebot überhaupt bei der angestrebten Zielgruppe ankommen. Dies kann über Informationsmedien oder über Multiplikatoren geschehen (vgl. Kapitel 5.3). Weiterhin könnten der finanzielle Aufwand, die Teilnehmer-Drop-out-Rate oder die Erfolgsquote im Sinne von dauerhafter Abstinenz ein Beurteilungskriterium darstellen.

Zunächst werden psychologische Verhaltensmodelle und -theorien auf den Zugang zu rauchenden Jugendlichen untersucht. Außerdem werden bereits existierende Raucherentwöhnungsangebote speziell für Jugendliche in Deutschland und im Ausland und die jeweils verwendeten Zugangswege dargestellt. Anschließend wird untersucht, welche weiteren Möglichkeiten des Zugangs zu Jugendlichen über z.B. das Setting Schule, Medien oder *Peers/Multiplikatoren*²³ genutzt werden können.

5.1 Zugang zu rauchenden Jugendlichen über psychologische Modelle und Theorien

Bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sowie bei der Erreichung der damit angestrebten Ziele nehmen psychologische Modelle und Theorien eine wichtige Rolle ein. Sie tragen dazu bei, die angestrebte Zielpopulation und den Kontext der Maßnahme (besser) zu analysieren, und helfen, Probleme und Veränderungen aufzudecken, Zusammenhänge zu erklären, Potentiale aufzuzeigen und neue Ideen hervorzubringen. So kann Verhalten gezielt beeinflusst werden (Nutbeam und Harris, 2001). Laut Seibt (2006) bieten „zur Beschreibung der Wirkungsmechanismen [...] Veränderungstheorien explizit hypothetisierbare und damit planbare Schrittfolgen an“ (ebd., S. 29).

Die neueren Veränderungstheorien wie z.B. die *Sozial-kognitive Lerntheorie* (vgl. Kapitel 5.1.3) beziehen neben dem Individuum auch deren Lebensweise und Lebensumfeld und die aus beiden Faktoren entstehenden interaktiven Dynamiken mit ein (ebd.). Maßnahmen, die auf mehreren Ebenen gleichzeitig angesiedelt sind und auch durchgeführt werden, sind in der Regel erfolgreicher als einseitig ausgerichtete

²³ Eine Definition für *Peers* wird in Kapitel 5.3.3 gegeben.

Maßnahmen. Aus diesem Grund sollte auf verschiedene Theorien und Modelle zurückgegriffen werden (Nutbeam und Harris, 2001).

In der vorliegenden Arbeit sollen das *Transtheoretische Modell der Phasen der Verhaltensänderung (TTM)*, das *Modell der Gesundheitsüberzeugung (Health Belief Modell)*, die *Theorie des geplanten Verhaltens* und die *Sozial-kognitive Lerntheorie* als Modelle und Theorien, die das Verhalten von Individuen erklären, vorgestellt werden. Außerdem wird auf die *Diffusionstheorie* sowie das *Modell der überzeugenden Kommunikation* eingegangen, die den Einfluss auf das Verhalten von Gemeinschaften untersuchen. Grundsätzlich zielen die aufgeführten Modelle und Theorien auf generelle Verhaltensänderungen ab. Hier soll es bei der Anwendung des *Transtheoretischen Modells der Phasen der Verhaltensänderung* darum gehen, den gesamten Prozess des Aufhörens mit dem Rauchen zu betrachten. Die Übertragung der Erkenntnisse aus den anderen Modellen zielt darauf ab, die konkrete Verhaltensänderung *Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche* als einen Schritt auf dem Weg zum Nichtrauchen zu analysieren. Da eine Vielzahl von Modellen und Theorien zum Thema Verhaltensänderung existieren, wurden nur die, für die Fragestellung relevantesten aufgeführt.

5.1.1 Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung (TTM)

Darstellung des Modells

„Jugendliche abholen, wo sie sich befinden.“ (Hermann, 2005a, S. 5)

Das *Transtheoretische Modell der Phasen der Verhaltensänderung (TTM)* wurde in den 1970er-Jahren von Prochaska und DiClemente aufgestellt (Seibt, 2003a). Es geht davon aus, dass es sich bei einer Verhaltensänderung um einen Prozess handelt und beschreibt ausdrücklich die zeitliche Dimension dieser Verhaltensänderung (Seibt, 2006; Schwarzer, 2004; Nutbeam und Harris, 2001).

„Das TTM systematisiert den Prozeß²⁴ der Verhaltensänderung – weitgehend unabhängig vom Verhaltensbereich – als das Durchschreiten von zeitlich und inhaltlich aufeinander aufbauenden Stufen der Verhaltensänderung („stages of change“).“ (Keller, 1999, S. 11)

Die verschiedenen Stadien im Verhaltensänderungsprozess (stages of change) stellen das zentrale Konstrukt des Modells dar (Schwarzer, 2004). Sie unterscheiden sich deutlich in zahlreichen Merkmalen (Keller, 1999). Sie lauten Sie lauten 1. *Absichtslosigkeit* (precontemplation), 2. *Absichtsbildung* (contemplation), 3. *Vorbereitung* (preparation), 4. *Umsetzung* (action) und 5. *Stabilisierung* (maintenance). Manchmal wird noch eine sechste Phase der *termination*²⁵ benannt (Seibt, 2006; Nutbeam und Harris, 2001). Die Zuteilung der Personen zu den Stadien erfolgt nach ihrer motivationalen Ausgangslage, ihrer Absicht bezüglich zukünftigen Verhaltens und ihrem vergangenen Verhalten (Schwarzer, 2004).

²⁴ Zitate nach den Regeln der alten Rechtschreibung wurden unverändert beibehalten.

²⁵ im Sinne von Verfestigung eines Verhaltens (Anmerk. d. Verf.)

Phase 1	Absichtslosigkeit (precontemplation)	<ul style="list-style-type: none"> - Verhaltensänderung kommt nicht in Betracht - Problembewusstsein fehlt - Informationen und Hinweise zur Verhaltensänderung werden nicht wahrgenommen
Phase 2	Absichtsbildung (contemplation)	<ul style="list-style-type: none"> - Anzustrebendes Verhalten wird nicht ausgeführt - eigenes Verhalten wird jedoch beurteilt - Offenheit für neue Erkenntnisse und Abwägen von antizipiertem Feedback aus dem sozialen Umfeld und der Umwelt - Kein Handeln, doch Nachdenken über Verhaltensänderung - das Gewohnte wird noch als positiver bewertet, Kosten und Nutzen der Verhaltensänderung sind noch unklar - In der Regel dauert diese Phase längere Zeit an
Phase 3	Vorbereitung (preparation)	<ul style="list-style-type: none"> - Absicht einer Verhaltensänderung in nächster Zukunft - Vorbereitungen hinsichtlich Verhaltensänderung wurden getroffen - Selbstwirksamkeitseinschätzung ist hoch - Phase des <i>Ausprobierens</i> - In der Regel kurze und instabile Phase - Vorbereitung auf Fehlschläge und Rückfälle sollte unterstützend angeboten werden
Phase 4	Umsetzung (action)	<ul style="list-style-type: none"> - Neues Verhalten wird seit kurzer Zeit regelmäßig ausgeführt - Schwierigste und instabilste Phase - Unterstützung aus dem sozialen Umfeld sollte einbezogen werden, um Rückfälle zu vermeiden
Phase 5	Stabilisierung (maintenance)	<ul style="list-style-type: none"> - Neues Verhalten wird regelmäßig ausgeführt, es bilden sich Verhaltensgewohnheiten - Rückfallwahrscheinlichkeit ist sehr gering

Abbildung 1: Aufeinander aufbauende Phasen und Prozesse der Verhaltensänderung nach dem *Transtheoretischen Modell* („stages of change“) abgeleitet nach Seibt, 2003a

Die Theorie sieht einen spiralförmigen Veränderungsprozess vor. Eine Person kann unterschiedlich lange oder auch für immer auf einer Stufe verbleiben. Auch der Rückfall in eine oder mehrere vorherige Phasen ist immer möglich (Seibt, 2006; Prochaska et al., 1994 nach Schwarzer, 2004; Nutbeam und Harris, 2001). Laut Prochaska et al. (1992) sind das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen der in diesen Stufen relevanten Verhaltensprozesse für eine erfolgreiche Veränderung unbedingt notwendig. Geschieht dies nicht, erhöht sich das Risiko für Rückfälle in ungünstige Verhaltensgewohnheiten deutlich (ebd.). Dabei kann es sich um ein Verhalten handeln, das von den Menschen selbst ausgeht oder das aufgrund von Informationen, Hinweisen oder Ratschlägen von Gesundheitsexperten hin begonnen wird (Nutbeam und Harris, 2001).

Die Erfahrungen zeigen, dass auf den Stufen 1 bis 3 eher kognitive, affektive und selbst-evaluierende Prozesse von Bedeutung sind. Wobei es auf den Stufen 3 bis 5 eher auf die Faktoren soziale Unterstützung, vertragsartiger Umgang mit sich selbst, Belohnung sowie Kontrolle des Umfeldes ankommt (Seibt, 2006; Schwarzer, 2004; Keller, 1999).

Das *transtheoretische Modell* ist das am häufigsten verwendete Stadienmodell. Es wurde ursprünglich im Bereich der Raucherentwöhnung entwickelt und findet mittlerweile in vielen anderen Bereichen des Gesundheitsverhaltens Anwendung (Schwarzer, 2004). Es trägt dazu bei, die Motivation zur Verhaltensänderung von Personen einzuschätzen. Die geplante Präventionsmaßnahme sollte spezifisch darauf ausgerichtet werden, in welcher Motivationsphase sich die Teilnehmer gerade befinden (Augustin et al., 2005; Seibt, 2003a; Nutbeam und Harris, 2001). Personen, die sich z.B. auf der Stufe der

Absichtslosigkeit befinden, also eine Verhaltensänderung überhaupt nicht in Betracht ziehen und für Informationen und Hinweise zur Unterstützung nicht empfänglich sind, sollten anders angesprochen werden als Personen in dem Stadium der *Vorbereitung*.

Praktische Anwendung des Modells

Wenn Jugendliche mit dem Rauchen aufhören wollen, stellt dies eine Verhaltensänderung dar. Das gewohnte Verhalten ist das Rauchen, das *neue* Verhalten ist das Nichtrauchen. Für eine dauerhafte Verhaltensänderung müssen sie genauso wie Erwachsene am besten alle Stufen des Modells durchlaufen (BZgA, 2003a).

„Die Entwöhnung des Rauchens bei Rauchern wird durch sechs motivationale Stufen zur Raucherentwöhnung erfaßt. Dadurch wird eine differenzierte Zuordnung der Jugendlichen zu den unterschiedlichen Stufen des Modells möglich, was wiederum eine wichtige Voraussetzung für die Zielgruppendefinition von Interventionen zur Primär- und Sekundärprävention des Rauchens ist.“ (Wiborg und Hanewinkel, 1999, S. 113)

Um die Erfolgchancen für die Verhaltensänderung *Aufhören mit dem Rauchen* zu erhöhen, werden die rauchenden Jugendlichen den Stadien des TTM zugeschrieben und konkret diejenigen angesprochen, die sich im Stadium der *Vorbereitung* befinden und die Absicht haben, innerhalb der nächsten 30 Tage mit dem Rauchen aufzuhören (Wiborg und Hanewinkel, 1999).

„Diese Gruppe [Raucher in der Vorbereitungsphase, Anmerk. d. Verfass.] ist die primäre Zielgruppe aller Tabakentwöhnungsmaßnahmen.“ (DKFZ, 2004, S. 12)

Für eine solche Differenzierung nach Stadien bietet die Anwendung des Stufenmodells eine hervorragende Möglichkeit.

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

→ Mittels Fragebögen sollten diejenigen rauchenden Jugendlichen identifiziert werden, die sich in der Phase der *Vorbereitung* zum Rauchstopp befinden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Jugendlichen anzusprechen, die für eine Teilnahme an einer professionellen Raucherentwöhnung bereit sind, und dass diese an dem kompletten Angebot teilnehmen.

→ Rauchende Jugendliche sollten für eine Teilnahme an dem Raucherentwöhnungsangebot entsprechend ihrem Stadium nach dem TTM angesprochen werden. Dabei sollten kognitive, affektive und selbst-evaluierende Faktoren berücksichtigt werden, um die rauchenden Jugendlichen in der *Vorbereitungsphase* dazu zu bewegen, ihren Entschluss tatsächlich umzusetzen und in die Aktionsphase überzugehen. Die Broschüre *Ja, ich werde Nichtraucher – Starthilfen in ein nikotinfreies Leben* der BZgA stellt hierfür ein gutes Beispiel dar.

→ Der praktische Nutzen des Raucherentwöhnungsangebotes sollte für die Teilnehmer auf jedem Treffen herausgestellt werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie an weiteren Treffen bis zum Ende teilnehmen.

5.1.2 Modell der Gesundheitsüberzeugung (Health Belief Model)

Darstellung des Modells

Das *Modell der Gesundheitsüberzeugung* stellt eines der „am längsten etablierten Modelle zur Erklärung von Gesundheitsverhalten“ (Nutbeam und Harris, 2001, S. 21) dar. Es wurde in den 1950er-Jahren aufgestellt, um bewusst-vorsätzlich Gesundheitsverhalten zu beeinflussen (Seibt, 2003b).

Das Modell besteht aus vier subjektiven Wahrnehmungskomponenten, die in ihrer Interaktion die Bereitschaft des Individuums zum Handeln bestimmen:

1. die wahrgenommene Krankheitsanfälligkeit, Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit
2. der Schweregrad der Krankheit oder der Folgen
3. die Vorteile und der Nutzen der angestrebten oder näher gelegten Handlung
4. die Barrieren in Zusammenhang mit dieser Handlung.

Die *subjektiv wahrgenommene Krankheitsanfälligkeit, Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit* beschreibt die eigene Einschätzung, ob und inwieweit jemand für eine Krankheit anfällig ist (Nutbeam und Harris, 2001). Es wird davon ausgegangen, dass nur wer sich selbst für krankheitsanfällig oder verletzlich hält, bereit sein wird, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Weiter kommt es auf den *wahrgenommenen Schweregrad der Krankheit oder der Folgen* an, die die Erkrankung mit sich bringt. Es reicht nicht aus, sich für eine Krankheit anfällig zu halten, zusätzlich müssen die Krankheitslast oder die Folgen der Krankheit als schwerwiegend eingeschätzt werden, damit ein Verhalten oder eine Verhaltensänderung erwogen wird (Seibt, 2003b). Die beiden Komponenten subjektive Verletzlichkeit und subjektiver Schweregrad werden zusammen als *subjektive Bedrohung* bezeichnet (Schwarzer, 2004; Seibt, 2003b; Janz, Champion und Strecher, 2002; Nutbeam und Harris, 2001).

In die Entscheidung für oder gegen ein Verhalten bezieht der Mensch Erwägungen zu den *Vorteilen bzw. dem Nutzen des Verhaltens* ein. Nach einer Art Kosten-Nutzen-Rechnung wird die Maßnahme, die am wirkungsvollsten oder effektivsten erscheint, gewählt. Den Vorteilen können *Barrieren* entgegenstehen. Dabei kann es sich um finanzielle Aufwendungen (Praxisgebühr oder Zuzahlung zu Medikamenten), medizinische Gefahren oder Nebenwirkungen (Thrombosegefahr, Gewichtszunahme, Haarausfall) oder andere Unannehmlichkeiten (regelmäßige Medikamenteneinnahme oder Arztbesuche) handeln (Seibt, 2003b; Nutbeam und Harris, 2001). Die Komponente der *wahrgenommenen Barrieren* stellt den stärksten einzelnen Voraussagefaktor für den Erfolg des Modells dar (Janz, Champion und Strecher, 2002).

Später wurde das Modell um drei modifizierende Komponenten erweitert:

1. den Handlungsanstoß (cue to action)
2. eine demografische und sozialpsychologische Differenzierung
3. die Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Seibt, 2003b).

Handlungsanstöße können interne, d.h. von der Person selbst ausgehende, oder externe Auslöser bzw. Reize sein, die Menschen zu einem bestimmten Handeln bewegen (ebd.). Eine *Differenzierung nach demografischen und sozialpsychologischen* Aspekten wie Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, sozialökonomischer Status u.a. kann bei der Betrachtung von Gesetzmäßigkeiten im Verhalten bzw. Nichtverhalten von Menschen, wie es das Modell des Gesundheitsverhaltens anstrebt, entscheidende Unterschiede im Verhalten aufdecken. Die Komponente der *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* wurde dem Konstrukt der Selbstwirksamkeitseinschätzung der Sozial-kognitiven Lerntheorie entnommen (Seibt, 2003b) (vgl. Kapitel 5.1.4). Selbstwirksamkeit wird laut Seibt (2003b) definiert als

„die Einschätzung der eigenen Fähigkeit und Möglichkeit, ein selbst-gesetztes oder beobachtetes Leistungsniveau zu erreichen bzw. die subjektive Überzeugung, in der Lage zu sein, ein Verhalten erfolgreich durchzuführen.“ (ebd., S. 207)

Laut Nutbeam und Harris (2001) erwies sich das Modell als weniger nützlich bei komplexen Verhaltensweisen, die u.a. von dem sozialen Umfeld bestimmt werden wie z.B. dem Konsum von Tabak und Alkohol. Von anderer Seite dagegen wird ihm eine gute Anwendbarkeit für begrenzte Problemstellungen in der Prävention bestätigt (Seibt, 2003b). Nutbeam und Harris (2001) weisen hin auf die

„[...] relativ einfache Weise, wie es die Bedeutung der individuellen Wahrnehmungen über Gesundheit und die relativen Kosten und den Nutzen von Handlungen zum Schutze oder zur Verbesserung der Gesundheit veranschaulicht“ (ebd., S. 22)

Das Modell wird dahingehend kritisiert, dass es einen zu großen Schwerpunkt auf die *subjektive Bedrohung* als Komponente einer Verhaltensänderung legt und soziale oder umwelt- bzw. situationsbezogene Betrachtungen nicht integriert (Schwarzer, 2004; Seibt, 2003b). Weiterhin wird kritisch angemerkt, dass demografische Variablen in dem Modell nur eine modifizierende Rolle spielen, institutionelle, kulturelle und soziale Rahmenbedingungen ganz außer Acht gelassen werden und es die Beziehung der einzelnen Komponenten untereinander nicht beschreibt (Seibt, 2003b).

Praktische Anwendung des Modells

In der Frage der Gestaltung des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen für eine Raucherentwöhnung lassen sich unter Berücksichtigung der Kritik an dem vorgestellten Modell einige wichtige Erkenntnisse übertragen. Das *Modell der gesundheitlichen Überzeugung* soll hier direkt auf die Teilnahme an einer Raucherentwöhnung für Jugendliche angewandt werden.

Für eine Teilnahme an einem Raucherentwöhnungskurs müssen rauchende Jugendliche in ihrem Rauchverhalten eine *subjektive Bedrohung* sehen, sich also für tabakbedingte Krankheiten empfänglich fühlen und damit verbundene Konsequenzen nicht auf sich nehmen wollen. Weiterhin sehen sie die Folgen von tabakbedingten Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen generell, aber auch in der Gegenwart als schwerwiegend an. Die Einschätzung von gegenwärtigen Konsequenzen des Rauchens muss höher ausfallen als die Einschätzung von Konsequenzen, die in ferner Zukunft liegen.

Außerdem müssen die Jugendlichen einen oder mehrere *Vorteile* darin sehen, an einer Raucherentwöhnung teilzunehmen. Als vorteilhaft könnten sie empfinden, dass es sich um ein Gruppenangebot handelt, zu dem sie sich sogar als Gruppe, z.B. gemeinsam mit Freunden, anmelden können. Sie sehen, dass Gleichaltrige/Peers sich in der gleichen Situation wie sie befinden: Sie rauchen, sind aber mit ihrem Verhalten nicht zufrieden und wollen damit aufhören.

Einen weiteren *Vorteil* könnten sie darin sehen, dass sie in dem Angebot professionelle Unterstützung finden. Gerade wenn Jugendliche Zweifel daran haben, ihr Vorhaben allein umsetzen zu können, könnte die Vorstellung, professionelle Hilfe zu bekommen, große Erleichterung bringen.

Gleichzeitig müssen *Barrieren*, die einer Entscheidung zur Teilnahme entgegenstehen könnten, abgebaut werden. Mögliche Barrieren könnten eine Teilnahmegebühr, eine schlechte Erreichbarkeit des Veranstaltungsortes, ungünstige Kurszeiten (z.B. während der Unterrichtszeit oder in den Schulferien, wenn die Entwöhnung nicht in der Schule stattfindet) oder emotionale Gründe wie „*was sagen die anderen wohl*“ und „*jetzt muss ich vor meinen Eltern/Lehrer eingestehen, dass ich rauche*“ sein.

Die Erfahrung eines Todesfalls aufgrund von Krebs in der Familie oder sogar im Freundeskreis, Anti-Rauch-Sprüche mit Abschreckungsbildern auf Zigarettenpackungen sowie ein Anti-Rauch-Spot im Kino oder Radio, Flyer, Broschüren und Plakate könnten *Handlungsanstöße* für rauchende Jugendliche darstellen (vgl. Kapitel 5.1.4).

Soll auf die Verhaltensänderung *Teilnahme an einem Entwöhnungskurs* eingewirkt werden, ist bei der Ansprache der rauchenden Jugendlichen eine *Differenzierung nach demografischen und sozialpsychologischen Gesichtspunkten* erforderlich. *Rauchende* Jugendliche mit unterschiedlichem sozial-ökonomischen Status können unterschiedliche subjektive Empfindungen haben bezüglich Verletzbarkeit durch eine Krankheit, die durch Rauchen bedingt sein kann, oder ihres Schweregrades. Das soziale Umfeld, das sie umgibt, kann ihnen ganz andere Einstellungen zum Rauchen – eher Akzeptanz und Zugehörigkeit oder Kritik und Ablehnung – vermitteln. Dies kann Auswirkungen auf die Abwägung von *Vorteilen und Barrieren* des Verhaltens haben kann. Das soziale Umfeld kann damit auch mehr oder weniger *Handlungsanstöße* zum gewünschten Verhalten auslösen (vgl. Kapitel 5.1.4). Auch das Alter oder das Geschlecht können eine große Rolle im Verhalten spielen. Jüngere Jugendliche im Alter von 13 oder 14 Jahren stehen ganz am Anfang der Entwicklungsphase Jugend, wohingegen 17- bis 18-Jährige sich schon dem Eintritt ins Erwachsenenalter nähern. Letztere haben vielleicht schon gewisse notwendige Entwicklungen zum Erwachsensein abgeschlossen. Die Differenzierung nach dem Geschlecht kann durchaus unterschiedliche Ergebnisse zu Tage bringen. So können auch die Vorteile und Hürden, die Mädchen im Rauchen sehen, ganz anderer Natur sein als bei Jungen.

Die Höhe der *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* von potentiellen Teilnehmern ist entscheidend für die tatsächliche Teilnahme. Rauchende Jugendliche mit einer (relativ) hohen Selbstwirksamkeitsüberzeugung werden sich eher zu einer Raucherentwöhnung anmelden, als diejenigen, die nicht davon überzeugt sind, die Kraft, Energie oder den Mut zu haben, sich zu einer Raucherentwöhnung für Jugendliche anzumelden. Diejenigen Jugendlichen mit einer eher geringen Selbstwirksamkeitsüberzeugung sollten dahingehend bestärkt werden.

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

→ Die subjektive Bedrohung der rauchenden Jugendlichen sollte angesprochen werden. So könnte erreicht werden, dass sie die negativen Konsequenzen des Weiterr Rauchens auf sich beziehen und sie nicht auf sich nehmen wollen.

Infomaterialien, die hauptsächlich dazu dienen, Details über das Entwöhnungsangebot wie Veranstaltungsort, Termine, Uhrzeit, Ansprechpartner etc. zu vermitteln, sollten so gestaltet sein, dass die Empfänger automatisch Einschätzungen zu ihrer subjektiven Bedrohung anstellen werden. Zum Beispiel können auf einem Flyer Informationen zum Rauchen und zu Tabakprodukten abgedruckt werden, die Anlass zum Reflektieren des eigenen Verhaltens und zu einer Verhaltensänderung geben. Dieses Reflektieren muss gar nicht bewusst geschehen. Dabei ist seit vielen Jahren unumstritten, dass Abschreckungs- und Furchtappellmaßnahmen die Menschen allein nicht dazu bewegen, ihr Verhalten zu ändern. Das Wissen allein um die negativen Folgen des Rauchens veranlasst Menschen nicht dazu, nicht zu rauchen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören. Es sollte vielmehr darum gehen, sachlich über mit dem Rauchen verbundene und erwiesene Tatsachen und Folgen zu berichten.

→ Die Vorteile der Teilnahme an einer Raucherentwöhnung sollten z.B. anhand von Informationsmedien aufgezeigt werden. Sie können dazu dienen, die positiven Effekte einer Teilnahme an einem Entwöhnungskurs darzustellen und hervorzuheben, um die Aufmerksamkeit der rauchenden Jugendlichen zu gewinnen. Die potentiellen Teilnehmer müssen im Idealfall die Teilnahme am Kurs als effektivste und wirksamste Maßnahme mit dem Rauchen aufzuhören betrachten, damit sie sich für eine Teilnahme entscheiden. Dabei sollte es sich nicht nur um gesundheitsbezogene Vorteile handeln, sondern auch um solche wie das Empfinden eines Freiheitsgefühls oder das Sparen von Geld.

→ Von den rauchenden Jugendlichen als Barrieren empfundene Faktoren bzgl. der Teilnahme gilt es, so weit wie möglich abzubauen, um ihnen den Weg zur Teilnahme zu ebnen und damit Zugang zu ihnen zu finden.

Auch mögliche subjektiv empfundene Barrieren können in Verbindung mit den Informationen über den Kurs abgebaut werden. Dazu könnte die Information, dass die Teilnahme am Kurs kostenlos ist, der Kurs während der Unterrichtszeit in der Schule selbst stattfindet oder auf jeden Fall Anonymität gewahrt wird, zählen.

Eine weitere mögliche und entscheidende Barriere könnte sein, dass die Informationen über den Kurs die rauchenden Jugendlichen nicht erreichen. Die Informationsmedien, egal welcher Art, müssen so gestaltet sein und zugänglich gemacht werden, dass sie die angestrebte Zielgruppe erreichen. Das bedeutet, dass Flyer, Broschüren oder Plakate dort ausgelegt bzw. aufgehängt werden, wo sich Jugendliche aufhalten. Hierzu zählen Schulen, Jugendeinrichtungen, Sport- und Bildungsstätten, Schwimmbäder, Fahrschulen, Kinos bis hin zu Jugendtreffs oder Diskotheken (vgl. Kapitel 5.1.5).

→ Bei der inhaltlichen Gestaltung von Informationsmedien wie z.B. Flyern, Broschüren, Plakaten oder Internetseiten sollten die Erkenntnisse aus Kommunikationsmodellen, dem Marketing oder der Werbung einbezogen werden (vgl. Kapitel 5.1.5).

→ Demografische und soziale Unterschiede wie Geschlecht, Alter und Schultyp sollten bezüglich des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen berücksichtigt werden. Ein gutes Beispiel dafür stellt die Broschüre *Rauchfrei – Stop smoking Girls/Boys* der BZgA dar. Acht-Klässler sollten z.B. auf eine andere Art und Weise

angesprochen werden als Schüler der Oberstufe, oder Haupt- oder Berufsschüler auf anderem Wege als Gymnasiasten.

→ Handlungsanstöße sollten bewusst eingesetzt werden. Besuchen aufhörwillige Jugendliche eine Internetseite, auf der sie von dem Angebot eines Raucherentwöhnungskurses für Jugendliche erfahren, oder erhalten sie in der Schule oder im Sportverein einen Informationsflyer, kann dies sie dazu veranlassen, sich für den Kurs anzumelden. Auch eine Informationsveranstaltung zu dem Raucherentwöhnungsangebot in Schulen in den Klassen stellt einen *Cue to Action* von außen dar. Gut ist es, wenn dieser Reiz wiederholt wird, so dass, er wenn nicht beim ersten Mal, dann beim zweiten Mal das Verhalten beeinflusst (vgl. Kapitel 5.1.4).

→ Die *Selbstwirksamkeit* der rauchenden Jugendlichen in Bezug auf eine Kursteilnahme sollte erhöht werden. Dies könnte z.B. mittels *Vorbildern*, die die Teilnahme an einem Entwöhnungskurs als sehr hilfreich und nicht schwer empfunden haben und dies auch so darstellen, geschehen.

5.1.3 Theorie des rationalen Handelns/Theorie des geplanten Verhaltens

Darstellung der Theorie

Die Theorie des geplanten Verhaltens ist aus der Theorie des rationalen Handelns hervorgegangen. Die Theorie des rationalen Handelns wurde Mitte der 1960er-Jahren von Fishbein und Ajzen als „[...] *allgemeingültige psychologische Theorie menschlichen Verhaltens aufgestellt* [...]“ (Seibt, 2003c, S. 231). Sie befasst sich mit den Beziehungen zwischen Überzeugungen, Einstellungen, Absichten und Verhalten von Menschen (Montano und Kasprzyk, 2002). Anfang der 1990er-Jahre wurde die Theorie des rationalen Handelns um die wahrgenommene Verhaltenskontrolle ergänzt und in die Theorie des geplanten Verhaltens umbenannt (Schwarzer, 2004; Sniehotta und Schwarzer, 2003; Montano und Kasprzyk, 2002). Laut Seibt (2003c) stellt die wahrgenommene Verhaltenskontrolle die „*Einschätzung der selbst-eingeschätzten Kontrollierbarkeit und Kompetenz*“ dar (ebd., S. 231).

Die Theorie geht davon aus, dass Menschen in Übereinstimmung mit ihren Absichten handeln und diese Absichten oder Verhaltensintentionen unter Abwägung zahlreicher rational-psychologischer Beweggründe bilden (Schwarzer, 2004; Seibt, 2003c).

„*The Theory of Reasoned Action* [...] asserts that the most important determinant of behavior is a person's behavioral intention.“ (Montano und Kasprzyk, 2002, S. 70)²⁶

Das Verstehen der Beziehung zwischen Überzeugungen, Einstellungen, Intentionen und Verhalten von Menschen macht es möglich vorherzusagen, ob Menschen ein bestimmtes Verhalten durchführen werden oder nicht. Die Absicht wird dabei als direkter Bestimmungs- oder Auslösefaktor des tatsächlichen Verhaltens angesehen (Seibt, 2003c).

²⁶ Englische Zitate werden nicht übersetzt, sondern im Original wiedergegeben.

„Das Modell basiert auf der Annahme, dass die Absicht zu handeln, der direkteste Bestimmungsgrund für ein Verhalten ist und dass alle anderen das Verhalten beeinflussende Faktoren durch Verhaltensabsichten ausgelöst werden.“ (Nutbeam und Harris, 2001, S. 23)

Die Möglichkeit des Vorhersagens des Verhaltens ist für die Planung von Gesundheitsprogrammen von großer Relevanz (Seibt, 2003c). Es müssen vier Faktoren unterschieden und in die Planung von Interventionen einbezogen werden, um Verhalten vorhersagen oder beeinflussen zu können: Die Handlung selbst, das Ziel der Handlung, der Kontext und der Zeitpunkt (Schwarzer, 2004; Seibt, 2003c). Dabei kann davon ausgegangen werden, dass je fester die Verhaltensabsicht ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für das Verhalten (Montano und Kasprzyk, 2002).

„Die Verhaltensintention schließt alle motivierenden Faktoren ein, die das Verhalten beeinflussen. Sie sind Indikatoren dafür, wie sehr Menschen bereit sind, sich anzustrengen und wie viel Mühe sie aufwenden, um das angestrebte Verhalten durchzuführen. Je stärker die Verhaltensabsicht, desto wahrscheinlicher das Verhalten.“ (Seibt, 2003c, S. 232)

Die Stärke einer Verhaltensintention setzt sich zum einen aus der *subjektiven Einstellung* gegenüber dem Verhalten und der damit in Verbindung stehenden *subjektiven Überzeugung*, dass das angestrebte Verhalten ein erwünschtes oder unerwünschtes Ergebnis bringt, zusammen (Sniehotta und Schwarzer, 2003). Zum anderen spielen die *subjektive Wahrnehmung der Normvorstellungen* des Umfeldes und die eigene Motivation, sich danach zu richten und diese zu der eigenen subjektiven *Norm* zu machen, bei der Bildung der Verhaltensintention eine Rolle (Montano und Kasprzyk, 2002; Nutbeam und Harris, 2001).

Die *Verhaltenskontrolle*, die sowohl die Verhaltensintention als auch das Verhalten bedingt (Definition s. o.), wird oft mit der *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* aus der *Sozial-kognitiven Lerntheorie* gleichgesetzt (vgl. Kapitel 5.1.4). Je höher die subjektive Einschätzung ist, ein angestrebtes Verhalten – z.B. bei rauchenden Jugendlichen eine Teilnahme an einem Entwöhnungskurs – kontrollieren und durchzuführen zu können, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Absicht dazu gebildet und das Verhalten auch wirklich umgesetzt wird.

Um gesundheitsbezogenes Verhalten zu verändern, müssen Interventionen vorsätzlich sowohl einzeln als auch im Zusammenhang auf die drei entscheidenden Variablen Einstellung, Norm und Verhaltenskontrolle abzielen, da diese wie oben beschrieben entscheidend für die Absichtsbildung sind. Montano und Kasprzyk (2002) weisen noch einmal ausdrücklich darauf hin, dass Verhaltensabsichten zwischen verschiedenen Gruppen aber auch innerhalb einer Gruppe ganz unterschiedlicher Art sein können.

Die *Theorie des geplanten Verhaltens* berücksichtigt anders als das *Health Belief Model* auch sozialnormative Faktoren. Es wird davon ausgegangen, dass die Absicht zu handeln, nicht allein durch *subjektive Einstellungen*, sondern auch durch *soziale Normen* bestimmt wird (Seibt, 2003c). Zusammen mit der *Sozial-kognitiven Lerntheorie* und der *Diffusionstheorie* ist die *Theorie des geplanten Verhaltens* die am häufigsten verwendete psychologische Theorie für theoriegeleitete Programme der Prävention und Gesundheitsförderung (Seibt, 2003c). Montano und Kasprzyk (2002) heben die Vorteile der Theorie wie folgt hervor:

„The strength of the TRA [Theorie of Reasoned Action, Anmerk. d. Verfass.] is that it provides a framework for discerning those underlying reasons, a means to decipher actions by identifying, measuring, and combining beliefs that are relevant to individuals or groups, allowing practitioners and researchers to understand the specific reasons of specific individuals or groups, the reasons that motivate the behavior in interest.“ (ebd., S. 73)

Schon bei der Programmplanung kann sie dazu beitragen, die Wahrnehmung der Zielgruppe zum jeweiligen Gesundheitsthema zu analysieren und die wichtigsten Personen, insbesondere aus dem direkten Umfeld, ausfindig zu machen, die die Zielgruppe beeinflussen könnten (Seibt, 2003c). Zusammenfassend gesagt, hilft sie bei der Identifizierung all jener Faktoren, die das gesundheitsbezogene Verhalten beeinflussen und als Ziele für Interventionen ausgewählt werden können. Dabei sollten alle und nicht nur einzelne Elemente dieser komplexen Theorie Berücksichtigung finden (Nutbeam und Harris, 2001).

Praktische Anwendung der Theorie

Im Folgenden soll erläutert werden, wie die *Theorie des geplanten Verhaltens* für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen für eine Teilnahme an einem Raucherentwöhnungskurs genutzt werden könnte. Ziel ist es, rauchende Jugendliche dazu zu motivieren, an einem Raucherentwöhnungskurs über mehrere Treffen (Zeitraum), teilzunehmen (Verhalten), um langfristig mit dem Rauchen aufzuhören (Kontext).

Nach der *Theorie des geplanten Verhaltens* handeln Menschen in Übereinstimmung mit ihren Intentionen. Das bedeutet, dass rauchende Jugendliche, die nicht die Absicht haben, an einem Raucherentwöhnungskurs teilzunehmen, sich nicht freiwillig für den Kurs anmelden werden. Damit sie das gewünschte Verhalten – Teilnahme an dem Kurs – ausüben, müssen sie dahingehend beeinflusst werden.

Es geht darum, die Faktoren zu beeinflussen, die für eine Absichtsbildung eine entscheidende Rolle spielen. Das heißt, dass die rauchenden Jugendlichen hinsichtlich ihrer Einstellung, subjektiven und sozialen Normen und ihrer Verhaltenskontrolle beeinflusst werden müssen. Sie müssen davon überzeugt sein, dass ihr Verhalten zu dem gewünschten Ergebnis führt. Dies verändert die Einstellung dem angestrebten Verhalten gegenüber. Wenn jemand nicht davon überzeugt ist, dass sein Verhalten zu dem gewünschten Resultat führt, wird er das Verhalten mit großer Wahrscheinlichkeit nicht umsetzen (vgl. Kapitel 5.1.4).

Weiterhin hat das direkte soziale Umfeld Einfluss auf die Absichtsbildung und somit auf das Verhalten von rauchenden Jugendlichen.

„Wie stark ein sozialer Einfluss auf Verhaltensänderung ist, ist abhängig von der Bedeutung, die ein Mensch der Zustimmung oder Ablehnung durch eine Bezugsgruppe beimisst.“ (Seibt, 2003c, S. 231)

Wird den rauchenden Jugendlichen von ihrem sozialen Umfeld eine negative oder sogar ablehnende Einstellung zu ihrem Verhalten – z.B. dem Rauchen – vermittelt und ist es ihnen wichtig, sich danach zu richten, kann sich das auf ihr Verhalten auswirken. So kann auch das soziale Umfeld die Entscheidung von Jugendlichen, an einem Entwöhnungskurs teilzunehmen, beeinflussen. Laut BZgA (2006) ist der soziale

Druck, der von Peers²⁷ oder Freunden ausgeht, dabei am größten. Zum Beispiel können Peers/Freunde oder sogar der Partner/die Partnerin zum Ausdruck bringen, dass sie nicht mit dem Rauchverhalten des Jugendlichen einverstanden sind. Hierbei ist der gleiche wahrgenommene soziale Status von Bedeutung. Aber auch andere direkte Bezugspersonen wie Eltern, Lehrer, Jugendbetreuer, Sporttrainer oder Ärzte können Einfluss auf das Verhalten von rauchenden Jugendlichen haben (vgl. Kapitel 5.3.3).

Die sozio-ökonomische Lage von Jugendlichen kann ebenfalls eine große Rolle im Verhalten von Jugendlichen spielen. Hauptschüler können aus ganz anderen Gründen rauchen als gleichaltrige Gymnasiasten, z.B. da ein Großteil ihres familiären oder sozialen Umfeldes raucht. Auch sind geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bildung einer Absicht möglich. Somit kann auch der Entschluss, an einem Raucherentwöhnungskurs teilzunehmen, auf verschiedenen Gründen beruhen.

Welche Bedeutung Jugendliche dem Thema Gesundheit zuschreiben, kann sich auf ihr Rauch- oder Nichtrauchverhalten auswirken (Seibt, 2003c). In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass das Thema Gesundheit auch schon bei Jugendlichen eine große Rolle spielt (BZgA, 2006; BZgA 2004).

Darüber hinaus bilden Menschen Absichten unter Abwägung verschiedener rational-psychologischer Beweggründe heraus. Geldersparnisse, Freunde, die ebenfalls an einem Raucherentwöhnungskurs teilnehmen, ein kostenloses Angebot, Lustlosigkeit oder *Uncoolness* könnten mögliche Aspekte eines solchen Abwägungsprozesses bei Jugendlichen, die überlegen, an einem Raucherentwöhnungskurs teilzunehmen, sein. Bei der Abwägung der Beweggründe spielen auch die anderen Komponenten der *Theorie des geplanten Verhaltens* eine entscheidende Rolle.

Rationale Beweggründe fürs Rauchen könnten darin liegen, dass Jugendliche die Anzahl derjenigen, die rauchen, überschätzen und aus diesem Grund denken, u.a. um sozial akzeptiert zu sein, auch rauchen zu müssen. Das heißt, dass rauchende Jugendliche darüber informiert werden müssen, wie viele Gleichaltrige tatsächlich rauchen und wie viele bzw. wenige unter denen, die rauchen, überraschenderweise mit dem Rauchen aufhören möchten. Weiterhin könnte es für sie sehr interessant sein zu wissen, wie viele aufhören möchten, es aber ohne professionelle Unterstützung nicht schaffen.

Weiterhin könnte ein Grund, warum Jugendliche rauchen, darin liegen, dass Rauchen für sie eine bestimmte Funktion erfüllt. So beabsichtigen sie, durch Rauchen z.B. Stress abzubauen oder sich zu entspannen. Viele Mädchen und junge Frauen denken, dass Rauchen schlank macht bzw. hält. Diese Beweggründe sollten durch Aufklärung und gezielte Information entkräftet und durch zielgerichtete Beeinflussung Beweggründe für eine Verhaltensänderung geweckt werden (vgl. Kapitel 2).

Dass ein großer Teil der rauchenden Jugendlichen keine Form von Unterstützung bei einer Raucherentwöhnung in Anspruch nimmt, könnte daran liegen, dass sie gar nicht darüber Bescheid wissen, welche Ausstiegshilfen es speziell für Jugendliche gibt. Folglich müssten sie über Angebote einer Raucherentwöhnung in Kenntnis gesetzt werden, damit sie die Absicht bilden, sich für einen Raucherentwöhnungskurs speziell für Jugendliche anzumelden.

²⁷ Eine Definition für *Peers* wird in Kapitel 5.3.3 gegeben.

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Interventionen, die auf die eigene Einstellung z.B. zur persönlichen Gesundheit, den Einfluss des sozialen Umfeldes und die subjektive Verhaltenskontrolle der rauchenden Jugendlichen bewusst einwirken, erhöhen die Wahrscheinlichkeit zur Absichtsbildung und Ausführung des gewünschten Verhaltens, nämlich die Teilnahme am Entwöhnungsangebot.
- Allgemeine und gezielte Information über das Raucherentwöhnungsangebot sollten verbreitet werden, damit Jugendliche überhaupt von dem Angebot erfahren und auf die Idee kommen, daran teilzunehmen.
- Information über das Raucherentwöhnungsangebot (z.B. Flyer oder auch eine Infoveranstaltung in Schulen) und der nächstmögliche Kursbeginn sollten zeitnah beieinander liegen, da Absichtsbildung und Umsetzung des Verhaltens möglichst dicht zusammen liegen sollten.
- Vorteile und Nutzen eines professionellen Entwöhnungsangebotes für rauchende Jugendliche sollten herausgestellt werden, damit eine Abwägung hinsichtlich einer Teilnahme zu Gunsten des Entwöhnungsangebotes ausfällt.
- Die aus der Sicht von rauchenden Jugendlichen rational-psychologischen Beweggründe für das Rauchen müssen aufgeklärt bzw. teilweise korrigiert werden. Beweggründe für die Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsangebot müssen *geweckt* werden.
- Die Absichtsbildung, an einem Raucherentwöhnungsangebot teilzunehmen, muss für Jugendliche verschiedener Schultypen, verschiedenen Alters innerhalb der Altersspanne der Jugendlichen oder geschlechtsspezifisch auf verschiedene Art und Weise beeinflusst und gesteuert werden. Dazu kann auf Erkenntnisse aus anderen Theorien zurückgegriffen werden.
- Vertrauen in die eigene Kompetenz/Fähigkeiten, beabsichtigtes Verhalten auszuführen, sollte erhöht werden. Dies kann z.B. durch die Programme zur Steigerung der allgemeinen Lebenskompetenzen in Kindergärten und Grundschulen (Primärprävention) geschehen. Später kann dies z.B. durch die Steigerung der Selbstwirksamkeit durch Lernprozesse oder Vorbilder erfolgen (vgl. Kapitel 5.1.4).

5.1.4 Die Soziale Lerntheorie oder Sozial-kognitive Theorie

Darstellung der Theorie

Die *Soziale Lerntheorie* oder *Sozial-kognitive Theorie* von Bandura beschreibt, wie Menschen lernen, und im Besonderen wie sie sich zu verhalten lernen. Da sie sich zum einen mit den Determinanten des (Gesundheits-) Verhaltens der Personen und gleichzeitig mit der Methode zu einer Verhaltensänderung befasst, wird sie von vielen als die vollständigste Theorie, die zurzeit in der Gesundheitsförderung verwendet wird, angesehen (Seibt, 2003d; Baranowski et al., 2002). Seibt (2006) weist auf die Relevanz der in der Theorie beschriebenen Lernprozesse für die Gesundheitsförderung hin und rät, diese bewusst zu nutzen.

Die *Soziale Lerntheorie* beruht auf dem Verständnis der Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt, die das Verhalten eines Individuums bestimmt (Baranowski et al., 2002). Die persönlichen kognitiven, affektiven und biologischen Determinanten des Individuums sowie sein Verhalten und Einflüsse

aus der sozialen und physischen Umwelt beeinflussen und bedingen sich ständig gegenseitig. Dieses Prinzip bezeichnet Bandura (1986) als reziproken Determinismus (Nutbeam und Harris, 2001).

„Behaviour is not simply the result of the environment and the person, just as the environment is not simply the result of the person and behavior. Instead, these three components are constantly interacting. A change in one component has implications for the others.“ (Bandura, 1986 nach Baranowski et al., 2002, S. 168)

Entwickler von Gesundheitsförderungsprogrammen können sich diese Erkenntnis zu Nutzen machen, indem sie die Umwelt der angestrebten Zielgruppe so gestalten, dass dadurch das erwünschte Verhalten positiv beeinflusst wird.

In den 1980er-Jahren wurde die *Soziale Lerntheorie* schließlich um die Determinante der *subjektiven Überzeugungen* oder *kognitiven Erwartungshaltungen* als vermittelnde Faktoren zwischen der Umwelt und dem nachfolgenden Verhalten ergänzt und zur *Sozial-kognitiven Lerntheorie* umbenannt (Schwarzer, 2004; Seibt, 2003d).

Menschen haben einerseits die Fähigkeit, durch eigene Erfahrungen zu lernen. Sie sind aber andererseits auch in der Lage, durch die Beobachtung anderer bzw. der Ergebnisse des Verhaltens anderer und durch die Beobachtung der erhaltenen Anerkennung von anderen für gewisse Verhaltensweisen zu lernen (Nutbeam und Harris, 2001). Dies wird als *beobachtendes Lernen* oder *Lernen durch Rollenmodelle* bezeichnet. Die Entwickler von Gesundheitsförderungs- oder Präventionsprojekten sollten sich das Lernen durch Modelle zu Nutze machen, in dem sie gezielt Vorbilder einsetzen, die das *gewünschte* Verhalten vorführen (Seibt, 2006; Nutbeam und Harris, 2001) (vgl. Kapitel 5.3.3).

„Dies betont nochmals die Wichtigkeit der Einflüsse von „peers“ und sozialen Normen auf das Verhalten zu berücksichtigen, sowie die Potentiale von Vorbildern bei der Veränderung von sozialen Normen zu nutzen.“ (Nutbeam und Harris, 2001, S. 31)

Aus ihren Beobachtungen leiten Menschen subjektive Überzeugungen oder kognitive Erwartungshaltungen ab, die zwischen Umwelt und Verhalten stehen. Hier sind drei Erwartungen zu nennen: Einerseits die *Ergebniserwartung*, mit der beschrieben wird, dass die Personen aufgrund ihres Verhaltens (wahrscheinlich) mit einem bestimmten Ergebnis rechnen können. Mit der *Konsequenzerwartung* ist hingegen gemeint, dass sich ihr individuelles Verhalten auf das erwünschte Ergebnis auswirkt (Seibt, 2003d). Als dritte Erwartung ist die *Selbstwirksamkeitseinschätzung* oder *-erwartung* beschrieben (Schwarzer, 2004; Seibt, 2003d). Diese wird folgendermaßen definiert:

„[...] als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können. Der Begriff >>subjektive Kompetenzerwartung<< ist damit gleichbedeutend. Bei den Anforderungssituationen handelt es sich nicht um Aufgaben, die durch einfache Routine lösbar sind, sondern um solche, deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozess der Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung erforderlich macht.“ (Schwarzer, 2004, S. 12)

Je höher die *Selbstwirksamkeitseinschätzung* einer Person desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Verhalten ausgeführt wird (Schwarzer, 2004). Nach Bandura (1986) stellt die Selbstwirksamkeitseinschätzung den wichtigsten Voraussetzungsfaktor bezüglich einer Verhaltensänderung dar. Es hänge von ihr ab, wie viel Anstrengung unternommen und welche Stufe des Verhaltens erreicht wird (ebd. nach Baranowski et al., 2002).

Praktische Anwendung der Theorie

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie die *Soziale Lerntheorie* oder *Sozial-kognitive Theorie* genutzt werden kann, um das Verhalten von rauchenden Jugendlichen so zu beeinflussen, dass sie an einem Raucherentwöhnungsangebot teilnehmen.

Die Projektverantwortlichen können Reize, die von außen auf die gewünschte Zielgruppe einwirken, so auf rauchende Jugendliche ausrichten, dass sie dadurch ihr Verhalten bewusst lenken. Dies könnte z.B. in Form von Infomaterialien wie Flyer, Broschüren, Plakate oder sogar Fernseh- oder Radiospots geschehen. Auch Artikel in einer Schülerzeitung und/oder einem Jugendmagazin über Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche, ein Bericht über die Angebote auf jugendspezifischen Internetseiten oder eine Pressemitteilung in regionalen Zeitungen können externe Einflüsse bzw. Reize darstellen.

Weitere Reize zum Aufhören mit dem Rauchen können über Bezugspersonen wie Eltern, Lehrer, Ärzte und/oder Gruppenleiter, die die Informationen über den Kurs an die rauchenden Jugendlichen herantragen, ausgelöst werden. Als effektivste Quelle ist der (engste) Freundeskreis anzusehen. Sie als direktes soziales Umfeld könnten mit ihren Meinungen, Einstellungen oder Anmerkungen rauchende Freunde dazu bewegen, sich zu einem Raucherentwöhnungskurs anzumelden (vgl. Kapitel 5.3.3).

Außerdem kann die allgemeine Haltung der Gesellschaft zum Rauchen ein Signal aus der Umwelt für oder gegen ein Verhalten darstellen. Das bedeutet, dass die persönliche Einstellung zum Rauchen (Person) durch die Grundeinstellung zum Rauchen in der Gesellschaft (Umwelt), die sich z.B. im Handeln der bundesweiten oder regionalen Politik und im Handeln der Gesellschaft ausdrückt, geprägt wird. Je mehr Nichtrauchen der Normalfall ist, desto eher wird jemand bereit sein, mit dem Rauchen aufzuhören.

Auch für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen für eine Raucherentwöhnung kann sich das Prinzip des *beobachtenden Lernens* als sehr nützlich erweisen. So können z.B. ehemalige rauchende Jugendliche, die erfolgreich an einem Angebot zur Raucherentwöhnung teilgenommen haben, ein gutes Vorbild abgeben. Sie haben es geschafft, mit dem Rauchen aufzuhören. Sie erzählen anderen Jugendliche in ihrer unmittelbaren oder mittelbaren Umgebung – Klassengemeinschaft, Schulhof, Clique, Freundeskreis, Fußballteam, Familienfeste etc. – von dem Kurs und den einzelnen Treffen. Sie berichten von dem Geld, das sie seit ihrem Rauchstopp sparen, und von ihrem *Freiheitsgefühl* ohne Zigarette. Ganz wichtig ist dabei, dass die anderen die Anerkennung und das positive Feedback aus dem Umfeld, das die Vorbilder erhalten, erleben und daraus persönliche Erwartungen zu dem Ergebnis, den Auswirkungen auf das Verhalten und zu ihrer eigenen Überzeugung, dass sie es ebenfalls schaffen könnten und auf welche Art und Weise, ableiten. Sie lernen, dass sie selbst etwas tun können.

So erhalten sie nicht nur Informationen über den Kurs – wie z.B. im Falle eines Flyers – sondern erfahren, dass das *Vorbild* es geschafft hat, wenn auch vielleicht in kleinen Schritten und mit

Schwierigkeiten, sein Vorhaben, mit dem Rauchen aufzuhören, umzusetzen. Sie haben ein reales Beispiel vor Augen, von dem sie lernen können. Das *Vorbild* sollte in den Augen der anderen möglichst glaubhaft und attraktiv sein (vgl. Kapitel 5.1.5). Dadurch, dass sie *beobachten* wie Gleichaltrige/*Peers* es geschafft haben, mit dem Rauchen aufzuhören, steigt ihre eigene Überzeugung, es zu schaffen, also ihre Selbstwirksamkeit.

Darüber hinaus sollte den potentiellen Teilnehmern von Raucherentwöhnungskursen die Erwartung vermittelt werden, dass das geplante Verhalten ein positives Ergebnis mit sich bringt (Mermelstein, 2003). Dabei kommt es darauf an, die kurzfristigen positiven Ergebnisse ihres Verhaltens hervorzuheben (Baranowski, 2002). Diese könnten Geldsparen, *Zigarettenfreiheit*, intensiverer Geruchssinn etc. sein. Das langfristige Ergebnis, dass sie es durch die Teilnahme an dem Kurs schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören, sollte selbstverständlich auch vermittelt werden. Weiterhin müssen sie damit rechnen können, dass ihr eigenes Vorhaben, am Kurs teilzunehmen, auch umsetzbar ist.

Zum einen kann der Aufbau bzw. die Erhöhung der Selbstwirksamkeit über reale Vorbilder geschehen. Zum anderen könnten auf Flyern, Broschüren, in Schülerzeitungen, auf Nichtraucherwänden und auf Infotafeln bei Projekttagen in der Schule, in der Presse oder im Internet Zahlen dazu veröffentlicht werden, wie viele Jugendliche an Entwöhnungsangeboten teilnehmen und wie viele es mit Hilfe dieser Angebote schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören. Dabei handelt es sich dann nicht um Vorbilder aus dem unmittelbaren Umfeld der Jugendlichen, die sie kennen, doch wenn sich die Jugendlichen mit denen, die beschrieben werden, identifizieren, könnten auf diese Art und Weise Erwartungen in ihnen geweckt werden.

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Auf das Verhalten von rauchenden Jugendlichen sollte durch äußere Reize, die auf die rauchenden Jugendlichen einwirken, z.B. durch den Einsatz von Infomaterialien oder direkter Bezugspersonen, bewusst Einfluss ausgeübt werden.
- Vorbilder (ehemalige Teilnehmer, die erfolgreich an dem Kurs teilgenommen haben) sollten z.B. auf Infoveranstaltungen in Schulen oder in den Klassen eingesetzt werden.
- Positive Erwartungen (Ergebniserwartung und Kompetenzerwartung) sollten bei den rauchenden Jugendlichen geschaffen werden.
- Die Selbstwirksamkeitserwartung der rauchenden Jugendlichen bezüglich einer Teilnahme an einem Entwöhnungskurses sollte aufgebaut und erhöht werden.

5.1.5 Modell der überzeugenden Kommunikation

Darstellung des Modells

Der US-amerikanische Sozialpsychologe McGuire entwickelte Mitte der 1980er-Jahre das *Modell der überzeugenden Kommunikation*. Es versucht, die Prozesse und Komponenten zu beschreiben, mit deren Hilfe trotz einer Fülle von Informationen diese verarbeitet und auch bei Widersprüchlichkeiten Entscheidungen gefällt werden. Dabei geht es davon aus, dass die menschliche Fähigkeit, Informationen aufzunehmen und zu

verarbeiten, begrenzt ist und dass Menschen aufgrund dieser Begrenzung bestimmte Techniken entwickeln, um die Verarbeitung der aufgenommenen Information optimal zu gestalten. Für die Planung von Informations-, Einstellungs- und Verhaltensänderungskampagnen ist entscheidend, wie sich diese Informationsverarbeitung und die stufenweise Entscheidungsfindung von Menschen zielgerichtet beschreiben, gestalten und evaluieren lassen (Seibt, 2003e). Finnegan und Viswanath (2002) fassen es wie folgt zusammen: „[...] *how can communication strategies be used in a planned way to influence health behavior change?*“ (ebd., S. 362).

Das *Modell der überzeugenden Kommunikation* hilft, die zahlreichen Aspekte, die für die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Aufklärungskampagnen zu beachten sind, übersichtlich abzubilden (Seibt, 2003e).

„Bei dem Prozess einer Verhaltensänderung durch Überzeugungskampagnen handelt es sich um einen Verlauf über mehrere Stufen.“ (Seibt, 2003e, S. 152)

Das Modell der überzeugenden Kommunikation geht darauf ein, indem es eine übersichtliche und v.a. empirisch begründete Matrix mit insgesamt 12 Output- oder Planungsvariablen abbildet. Diese Matrix beschreibt, dass die Personen, auf die eine Kampagne ausgerichtet ist,

1. der Botschaft ausgesetzt sein,
2. ihr Aufmerksamkeit schenken,
3. an ihr weitergehendes Interesse zeigen,
4. sie verstehen,
5. bereits angewandte und gespeicherte Kognitionen aufrufen und erzeugen und,
6. wenn notwendig, neue Gestaltungsfähigkeiten oder Fertigkeiten erlernen müssen, um
7. mit den Botschaften einverstanden zu sein (ebd.).

Laut dem Modell der überzeugenden Kommunikation kann eine dauerhafte Verhaltensänderung nur bei Berücksichtigung aller 12 Output- oder Planungs-Variablen erzielt werden. Das bedeutet, dass weitere kognitive und handlungsorientierte Schritte in die Planung mit einbezogen werden müssen. Nämlich

8. die Veränderung speichern
9. Relevantes im Gedächtnis finden
10. eine Entscheidung fällen
11. eine Handlung ausführen oder sich verhalten und
12. das Verhalten konsolidieren (ebd.).

Auf der letzten Stufe wird das ausgeführte Verhalten durch wiederholtes Ausführen gefestigt und als mögliches Verhalten in das eigene Überzeugungssystem aufgenommen. Auch das soziale Umfeld nimmt mit großer Wahrscheinlichkeit das neue Verhalten wahr und unterstützt es z.B. in Form von Feedback, wodurch es sich weiter festigt (ebd.).

Die Kommunikations-Input-Variablen widmen sich der Frage *Wer sagt was mit welchem Medium zu wem mit welchem (Verhaltens-)Ziel?* (ebd.). Auch Finnegan und Viswanath (2002) stellen diese Frage ins Zentrum von Kommunikationsvorgängen. Die Input-Variablen des Modells bilden die zweite, die horizontale Achse der Matrix des Modells und kommen laut Seibt (2003e) häufig, zumeist unreflektiert in Gesundheitskampagnen vor. Sie lauten:

1. Quelle der Information/Sender: Die erste Variable wird als Quelle der Information oder Sender bezeichnet. Dabei kann es sich um Personen, Gruppen oder Organisationen handeln, von denen die Botschaft ausgeht. Ihre Überzeugungsfähigkeit wird durch Aspekte wie Glaubwürdigkeit, Attraktivität und soziale Position oder Macht der Quelle der Information oder des Senders sowie von ihren Möglichkeiten der Kontrolle bestimmt.
2. Botschaft: Die zweite Variable bezieht sich auf den Inhalt, die Form oder die Art und Weise der Ansprache (Humor, Furchtappelle, Jugendsprache).
3. Kanal: Die dritte Variable beschreibt das Medium, durch das die Botschaft übertragen werden soll. Hier sind beispielhaft Broschüren, Flyer, Plakate, das Internet, TV, Radio, Zeitungen, E-Mails oder Infopostkarten zu nennen.
4. Empfänger: Die Empfänger sollen idealerweise die Personen der gewünschten Zielgruppe sein, die nach bestimmten Variablen wie Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeit, sozio-ökonomischer Status, gegenwärtige Einstellung und Verhalten differenziert wurde.
5. Ziel: Die fünfte Input-Variable stellt das Ziel dar, wobei detaillierte Einzelziele für jede der Output-Stufen festgelegt werden sollten (Seibt, 2003e; Finnegan und Viswanath, 2002).

Praktische Anwendung des Modells

Gerade wenn es um den Zugang zu rauchenden Jugendlichen geht, kann das *Modell der überzeugenden Kommunikation* einen wichtigen Beitrag leisten. Sowohl die Informationsverarbeitung bei der Fülle von Informationen, die ständig auf die Jugendlichen einwirken, als auch schließlich die Entscheidungsfindung mit evtl. Widersprüchen – die Erwägung an einem Raucherentwöhnungskurs teilzunehmen, kann für rauchende Jugendliche vielerlei Widersprüche aufwerfen – spielen bei Überlegungen zum Zugang zu rauchenden Jugendlichen eine große Rolle. Die wichtige Frage *Wer sagt was mit welchem Medium zu wem mit welchem (Verhaltens-)Ziel?* ist dabei von leitender Relevanz (Seibt, 2003e).

Die *Quelle der Information* bzw. der *Absender* muss auf dem verwendeten Medium zur Kommunikation deutlich werden. Vorteilhaft ist es, wenn die Einrichtung, die die Raucherentwöhnungsmaßnahme anbietet, regional oder sogar überregional bekannt – v.a. Jugendlichen – ist und mit ihr positive Assoziationen verbunden werden. Das steht für eine hohe Glaubwürdigkeit und Attraktivität der Botschaft. Als *Quelle der Information* oder *Sender* können auch Gleichaltrige/*Peers* wirken. Die Gleichaltrigkeit bringt Glaubwürdigkeit und Attraktivität mit sich. Außerdem wählen *Peers* automatisch die richtige Sprache. Sie können also nicht nur den *Sender*, sondern gleichzeitig das Medium darstellen (vgl. Kapitel 5.3.3).

Wichtig ist weiterhin, dass die *Botschaft* auf die *Empfänger* (4. Input-Variable) ausgerichtet ist. Ein Informationsflyer für Jugendliche muss sprachlich und vom Design her ganz anders gestaltet sein als für Lehrer oder Eltern. Sonst besteht die Gefahr, dass die angestrebte Zielgruppe der Information nicht die gewünschte Aufmerksamkeit schenkt (Stufe 2). Gute Beispiele für die Ansprache der Jugendlichen sind die *Mach's mit-Kampagnen* der BZgA (www.bzga.de, 23.08.06) oder die Kampagne *Alkohol. Irgendwann ist der Spaß vorbei.* des Büros für Suchtprävention in Hamburg (www.suchthh.de, 20.08.06). Im Idealfall sollte sich die Ansprache an Jugendliche für eine Raucherentwöhnung auch danach richten, auf welcher Stufe des *Transtheoretischen Modells der Phasen der Verhaltensänderungen* sich die Jugendlichen befinden (vgl.

Kapitel 5.1.1). Ein gutes Beispiel dafür ist die Broschüre *Endlich rauchfrei* der BZgA (www.bzga.de, 27.08.06).

Ein *Kanal* oder Medium – oder auch verschiedene – müssen zur Kommunikation gewählt werden. Dabei müssen die Vor- und Nachteile des jeweiligen Mediums abgewogen und auf die Ressourcen und Voraussetzungen der Einrichtung abgestimmt werden.

Nach dem *Modell der überzeugenden Kommunikation* sollte für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche ein Ziel festgelegt und dieses über die ganze Planung und Umsetzung hinweg verfolgt werden. Dabei könnte es sich um die absolute Abstinenz oder reduzierten Konsum handeln. Außerdem sollten einzelne Unterziele benannt werden, die auf die einzelnen Output-Variablen ausgerichtet sind. Zum Beispiel könnte ein Unterziel für die Stufe 1 *der Botschaft ausgesetzt sein* lauten, Informationen an den Orten verbreiten, wo sich Jugendliche aufhalten. Für die Stufen 2 bis 4 könnte das Unterziel *Information in jugendspezifischer und -attraktiver Sprache vermitteln* lauten. Für die Stufe 7 könnte ein Ziel lauten *Vorteile und Nutzen herausstellen* (vgl. Kapitel 5.1.2), damit sich die Einstellung rauchender Jugendlicher einem Raucherentwöhnungsangebot gegenüber positiv herausbildet und sie sich damit kognitiv einverstanden erklären. Für die Stufen 10 bis 12 könnte *die Anmeldung möglichst einfach gestalten* ein Unterziel darstellen. Unterziele helfen dabei, das eigentliche Ziel gradlinig zu verfolgen.

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

→ Damit die Verarbeitung von Informationen bzw. eine (Verhaltens-)Veränderung aufgrund von Kommunikation beeinflusst werden kann, müssen die Variablen des Modells als aufeinander folgende Stufen von denen, die von der Kampagne erreicht werden sollen, durchlaufen werden. Entscheidend dabei ist, dass die geplanten Maßnahmen speziell auf die jeweilige Stufe ausgerichtet werden.

→ Die Frage *Wer sagt was mit welchem Medium zu wem mit welchem (Verhaltens-)Ziel?* ist entscheidend für die Planung von jeglicher Art von Gesundheitsprogrammen, also auch Raucherentwöhnungsangeboten. Sie wird durch die fünf Input-Variablen dargestellt, die auf jeder der zwölf Stufen bereits bei der Planung bewusst berücksichtigt werden sollten.

→ Die ausrichtende Institution sollte als *Quelle der Information* herausgestellt werden, um die *Glaubwürdigkeit* und Attraktivität der Information sicher zu stellen. Als *Quelle* kommen auch *Peers/Gleichaltrige* in Frage, die im Namen des Ausrichters die Information verbreiten.

→ Die *Botschaft* muss speziell auf die *Empfänger* ausgerichtet sein. Die Form der Ansprache muss zielgruppenspezifisch gestaltet sein.

→ Es sollte ein für die Zielgruppe passender Informationskanal oder ein passendes Informationsmedium z.B. das Internet gewählt werden. Gleichaltrige können dabei neben den klassischen Medien ein geeignetes *Medium* darstellen.

5.1.6 Verbreitung von Innovationen – Diffusionstheorie

Darstellung der Theorie

Eine *Innovation* ist nach Rogers (1983) definiert als „*an idea, practice or object that is perceived as new by an individual or other unit of adoption*“ (ebd. in Oldenburg und Parcel, 2002, S. 314). Das heißt, dass nicht nur der Einzelne, sondern auch Gruppen, eine Idee, Praxis oder Sache als neu ansehen können oder dass diese für sie eine Alternative zu Bisherigem darstellt (Seibt, 2003f). Nutbeam und Harris (2001) betonen, dass es dabei um die subjektive Wahrnehmung der Neuheit geht, unabhängig von der ersten Nutzung oder Entdeckung.

*„Die Diffusionstheorie erklärt, wie und warum neue Produkte, Konzepte und Ideen auf relativ vorhersagbare, mehrstufige Weise in einer Gesellschaft oder (Sub-)Kultur akzeptiert werden.“
(Seibt, 2003f, S. 235)*

Folglich erklärt die *Diffusionstheorie*, wie und warum Innovationen von der Gesellschaft akzeptiert werden. Für Praktiker stellt sie eine gute Planungshilfe dar. Sie können mit ihrer Hilfe systematische Voruntersuchungen anstellen, Konzepte ableiten und damit (gesundheitliche) Innovationen in gewisser Weise anregen, beeinflussen oder abschätzen (Seibt, 2003f; Nutbeam und Harris, 2001).

Nach der Theorie akzeptieren Personen *Innovationen* eher früher oder später. Es werden fünf empirisch abgrenzbare Kategorien unterschieden: Innovatoren, frühe Adapter, frühe Mehrheit, späte Mehrheit und Nachzügler (Seibt, 2003f).

„The identification of such categories is the basis for designing and implementing intervention strategies targets at particular groups of individuals.“ (Oldenburg et al., 1997, S. 272)

Es wird davon ausgegangen, dass für die früh(er)en *Adapter* Kommunikationswege außerhalb des sozialen, familiären oder kollegialen Netzes gesucht und akzeptiert werden, wohingegen das direkte soziale Umfeld die späteren *Adapter* über die Innovationen informiert und sie annehmbar macht (Seibt, 2003f). Dieser Aspekt ist ganz entscheidend für die Wahl von Kommunikationswegen.

Neben der Adaptionsgeschwindigkeit beeinflussen weitere Faktoren den Erfolg der Annahme von Neuheiten entscheidend. Nach Seibt (2003f) sind dies

- der relative Vorteil
- die Vereinbarkeit oder Kompatibilität
- die Komplexität
- die Erprobbarkeit und
- die Beobachtbarkeit.

Aus diesen Faktoren kann geschlossen werden, welche Charakteristika Neuerungen aufweisen müssen, damit sich die Wahrscheinlichkeit ihrer Akzeptanz erhöht (ebd.). Dabei kommt es selten vor, dass Neuerungen alle diese Merkmale gleichzeitig tragen. Bei der Entwicklung von Programmen oder Interventionen und bei dem

Aufzeigen von Problemen im Rahmen der Umsetzung kann das Verstehen dieser Merkmale allerdings sehr nützlich sein (Nutbeam und Harris, 2001, S. 42).

„Diffusion ist ein Prozess, durch den eine Innovation zwischen Mitgliedern eines sozialen Systems kommuniziert und akzeptiert wird. Dieser Prozess geschieht in zeitlicher Folge und über bestimmte Kanäle.“ (Seibt, 2003f, S. 235)

Die erfolgreiche Verbreitung von *Innovationen* bedarf laut Basch (1984) mehr als nur der Bekanntmachung des Programms auf individueller Ebene. Sie beinhaltet die Anwendung und Umsetzung von Strategien über verschiedene Settings und soziale Systeme unter der Anwendung von formellen oder informellen Medien und Kommunikationswegen (ebd. in Oldenburg et al., 1997).

Praktische Anwendung der Theorie

Der oben genannten Definition zufolge stellen Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche eine *Innovation* dar. Da davon ausgegangen wird, dass die jeweiligen Typen oder Teilgruppen derjenigen, die *Innovationen* annehmen, unterschiedlich motiviert sind, ist es notwendig, verschiedene, auf den jeweiligen Typ zugeschnittene Motivationsstrategien zu entwerfen.

Rauchende Jugendliche, die an einem der ersten Angebote relativ spontan und entschlossen teilnehmen, könnten als *Innovatoren* gelten. Wahrscheinlich wird es sich dabei um eine zahlenmäßig eher kleine Gruppe handeln, wie z.B. Teilnehmer aus Pilotkursen zu dem entsprechenden Entwöhnungsangebot. Die *frühen Adapter* greifen die Idee auf und sind genauso wie die *Innovatoren* Vorbilder und Meinungsführer. Die frühe Mehrheit erkennt die Vorteile und meldet sich auch für den Kurs an. Die späte Mehrheit schließt sich an, wenn ihre fortgesetzte Zurückhaltung mit Nachteilen verbunden ist. In diesem Fall könnte das bedeuten, dass die Jugendlichen, die erfolgreich an einem Entwöhnungsangebot teilgenommen haben, etwas verbindet. Die späte Mehrheit fängt an, sich ausgeschlossen zu fühlen, kann nicht mitreden, ihnen fehlt dieses Gemeinschafts- und vielleicht auch Erfolgsgefühl. Sie haben nicht die Aufmerksamkeit wie die anderen Jugendlichen.

Die *Kommunikationswege* sollten auf den jeweiligen Adaptionstyp, also auf den *Empfänger*, ausgerichtet sein (vgl. Kapitel 5.1.2). Externe Kommunikationswege könnten Poster, Flyer, Broschüren, Presseberichte, Zeitungsartikel oder Informationsveranstaltungen darstellen. Wohingegen für die *späteren Adaptern* der Zugang eher über das soziale (Freunde, Peers, Lehrer, Sporttrainer, Gruppenleiter, Vertrauenspersonen/Drogenbeauftragte an Schulen, Kurstrainer) und familiäre (Eltern, Geschwister, Verwandte) Umfeld, das die Information über den Kurs weiter trägt und vielleicht sogar empfiehlt, geeignet sein könnte.

Um rauchende Jugendliche für die Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsangebot zu gewinnen, sind die Faktoren *relativer Vorteil*, *Vereinbarkeit* oder *Kompatibilität*, *Komplexität*, *Erprobbarkeit* und *Beobachtbarkeit* in die Überlegungen mit einzubeziehen. Es ist wichtig zu verstehen, dass die Teilnahme mit dem Tagesablauf vereinbar sein muss. Findet der Kurs z.B. zeitgleich zum Schulunterricht statt, ist dies hinderlich für eine Teilnahme. Außerdem sollten die Teilnehmer sich von dem Kurs einen *relativen Vorteil* versprechen, der darin bestehen könnte, dass sie vom Unterricht freigestellt werden, sie es mit professioneller

Unterstützung endlich schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören, in der Anerkennung durch Freunde oder gewisse Incentives²⁸ oder einfach nur in der Aufmerksamkeit, die sie durch die Teilnahme erhalten. Die *Beobachtbarkeit* spielt ebenfalls eine große Rolle. Gut wäre es, wenn potentielle Teilnehmer von anderen erfahren, dass diese erfolgreich und mit Spaß bereits an dem Angebot teilgenommen haben, sie ihnen somit als Vorbilder dienen (vgl. Kapitel 5.1.4).

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Es sollten unterschiedliche Motivationsstrategien für verschiedene Adaptionstypen entwickelt werden.
- Es sollten gezielt verschiedene Kommunikationswege nach den jeweiligen Typen von Innovatoren gewählt werden.
- Es sollte darauf geachtet werden, dass die Teilnahme an einem Entwöhnungsangebot für Jugendliche mit ihrem Alltag vereinbar ist.
- Es sollte hervorgehoben werden, welchen Vorteil ihnen eine Teilnahme an einem professionellen Raucherentwöhnungsangebot bringt.
- Vorbilder z.B. ehemalige Kursteilnehmer, die den Kurs erfolgreich abgeschlossen haben, sollten eingesetzt werden, um potentielle Teilnehmer zu motivieren.

5.2 Zugang zu rauchenden Jugendlichen über Beispiele aus der Praxis

Nachdem im ersten Teil dieses Kapitels verschiedene psychologische Verhaltensmodelle und -theorien hinsichtlich des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen untersucht wurden, sollen in diesem Abschnitt verschiedene Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche, wie sie bereits in Deutschland und im Ausland existieren, betrachtet werden.

Die Verfasserin dieser Arbeit hat zunächst eine allgemeine Recherche zu Raucherentwöhnungsangeboten speziell für Jugendliche betrieben und dann per E-Mail oder telefonisch Kontakt zu einzelnen Projektverantwortlichen oder Experten auf dem Gebiet aufgenommen. Hierdurch konnten einerseits zusammengetragene Informationen ergänzt und andererseits neue, sehr hilfreiche Hinweise auf weitere Angebote im In- und Ausland bezogen werden. Ergänzend wurde auf die *Expertise zur aktuellen Bestandsaufnahme zur Tabakentwöhnung bei jugendlichen Rauchern und Raucherinnen* des Bundesministeriums für Gesundheit zurückgegriffen (Lindinger, 2006). Bei den Beispielen aus dem Ausland werden deutsch- oder englischsprachige Angebote dargestellt.

Die in dieser Arbeit beschriebenen Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche wurden nach verschiedenen Kriterien ausgewählt. Zum einen sollten Angebote dargestellt werden, die ihr Konzept bereits in die Praxis umgesetzt haben. Zum anderen sollte es darum gehen, verschiedene Zugangswege zu potentiellen Teilnehmern wie z.B. Flyer, Internet oder Auftaktveranstaltungen vor Ort darzustellen. Hinsichtlich der Frage der Gestaltung des Zugangswegs zu rauchenden Jugendlichen für das

²⁸ inzentiv=anspornend, anreizend (www.langenscheidt.de, 19.11.06)

Raucherentwöhnungsangebot am UKE wurden einzelne der dargestellten Zugangswege bereits in die bisherigen Überlegungen einbezogen.

Nach einer kurzen inhaltlichen Beschreibung und einer Darstellung der verwendeten Zugangswege sollen Empfehlungen für weitere Raucherentwöhnungsangebote abgeleitet werden.

5.2.1 Darstellung ausgewählter Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche in Deutschland

Rauch-frei

Darstellung des Angebotes

Das Internetangebot *www.rauch-frei.info* wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen bereitgestellt. Es stellt ein interaktives Online-Selbsthilfeprogramm dar, das auf dem Transtheoretischen Modell der Phasen der Verhaltensänderung (TTM) beruht. Hauptziel des Angebotes ist die Entwöhnung der Jugendlichen vom Rauchen. Eine Reduzierung ihres Konsums wird als Teilerfolg angesehen. Das Internet dient dabei zum einen als virtueller Ort, von dem das Programm ausgeht, und zum anderen als Zugangsmedium, über das die Jugendlichen erreicht werden.

Auf der Internetplattform werden Informationen zu den Wirkungen des Tabaks sowie zu den Risiken und gesundheitlichen Folgeschäden des Rauchens bereitgestellt. Rauchende Jugendliche werden aufgefordert, ein persönliches Rauchprofil zu erstellen, um ihr Rauchverhalten zu reflektieren. Für diejenigen, die an dem Entwöhnungsprogramm teilnehmen, wird ein Tag festgelegt, ab dem sie nicht mehr rauchen. Während des Aufhörprozesses werden die Teilnehmer durch Tipps und Anregungen sowie durch Begleitung per E-Mail unterstützt. In der *Rauchfrei-Community* können sich rauchende und nichtrauchende Jugendliche untereinander austauschen. Über einen Link zum Bestellservice der BZgA können alle Seitenbesucher Informationsbroschüren und andere Materialien kostenlos bestellen.

Das Internetangebot ist sowohl in der Darstellung als auch sprachlich auf den Stil von Jugendlichen ausgerichtet, was zusammen mit zahlreichen Animationseffekten dem Angebot eine hohe Attraktivität für diese Zielgruppe verleiht. Durch seine Interaktivität werden Jugendlichen aktiv einbezogen. Besonders hervorzuheben ist die Rauchfrei-Beratungs-Hotline, die den teilnehmenden Jugendlichen zur Verfügung steht. Diese kostet allerdings 12 Cent pro Minute (*www.rauch-frei.info*, 10.05.2006; Tossmann, 2005).

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Das Medium Internet stellt laut den Erfahrungen der BZgA einen geeigneten Zugangsweg zu Jugendlichen dar. Deshalb sollten Internetseiten speziell für Jugendliche zum Thema Rauchen und für Raucherentwöhnungskurse entwickelt und bereitgestellt werden.
- Die Seiten sollten jugendgerecht gestaltet sein (Sprache, Aufmachung etc.).
- Die Internetseiten sollten über interaktive Beteiligungsmöglichkeiten und jugendgerechte Animationen verfügen, um die Attraktivität für Jugendliche zu erhöhen.

- Während des Entwöhnungsprozesses sollte den an dem Programm teilnehmenden Jugendlichen Unterstützung geboten und der Kontakt zu ihnen aufrechterhalten werden. Dies kann per E-Mail oder über eine Beratungshotline geschehen.
- Eine Beratungshotline kann die Attraktivität eines Angebotes erhöhen.
- Informationen zum Thema Rauchen/Raucherentwöhnung sollten auf einer Internetseite bereitgestellt werden. Über Rubriken wie *Games* oder *News* sollten Jugendliche dazu gebracht werden, die Seite erneut zu besuchen. Dies bietet die Gelegenheit, sie zu unterstützen, zu motivieren, erneut anzusprechen und zu beeinflussen.
- Austausch unter den Teilnehmern des Programms und anderer Jugendlicher sollte mittels eines Forums oder einer *Community* ermöglicht werden.
- Das Internet stellt einen zeit- und ortsunabhängigen virtuellen Treffpunkt dar. Die teilnehmenden Jugendlichen können bis zu einem gewissen Punkt ihre Anonymität bewahren. Dies kann ihre Hemmschwelle senken, an einem solchen Angebot teilzunehmen. Trotzdem werden der Kontakt zu und die Unterstützung von den Jugendlichen ermöglicht und eine individuelle Vorgehensweise gewährleistet.

Willst du auch keine?

Darstellung des Angebotes

Willst du auch keine? ist ein Programm zum Rauchausstieg des Kompetenzzentrums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz am Landratsamt Würzburg. Es soll Jugendliche zwischen 16 und 18 Jahren ansprechen, die mit dem Rauchen aufhören wollen. Ziele des Programms sind die Entwöhnung der rauchenden Jugendlichen, eine langfristige Abstinenz, aber auch eine Reduktion der Anzahl der gerauchten Zigaretten mit späterem Rauchstopp.

Der Zugang zu potentiellen Teilnehmern erfolgt nicht direkt über die Jugendlichen, sondern über Ansprechpartner in Einrichtungen, in denen sich Jugendliche aufhalten. Dabei kann es sich um allgemein- und berufsbildende Schulen, Krankenpflegeschulen, Mädchenwohnheime, offene Jugendzentren, Jugendarrestanstalten etc. handeln. Verantwortliche der Einrichtungen erfahren von dem Angebot, z.B. über ein gut funktionierendes Netzwerk im Suchtbereich, innerhalb dessen der Kurs bekannt gemacht wurde. Sie werben für die Teilnahme und treten, wenn sie ausreichend Teilnehmer rekrutiert haben, an den Veranstalter heran. Der Veranstalter geht daraufhin in die Organisationen und informiert vor Ort im Rahmen einer Auftaktveranstaltung über das Entwöhnungsangebot. Ziel der Auftaktveranstaltung ist es, Ausstiegswilligen auf jugendgerechte Art und Weise ein konkretes Angebot zu machen. Das persönliche Auftreten vor Ort hat sich dabei als sehr effektiv erwiesen. Auf der Veranstaltung wird ein scheckkartengroßes Daumenkino verteilt, das speziell für die Gewinnung der Jugendlichen zur Teilnahme an dem Entwöhnungskurs entwickelt wurde. Es umfasst zwanzig Seiten, die neben einer Animation auf der Vorderseite wesentliche Informationen über das Ausstiegsprogramm und das Rauchen allgemein zur Verfügung stellen.

Der Entwöhnungskurs findet zeitnah zur Auftaktveranstaltung im Rahmen von sechs Treffen innerhalb von acht Wochen statt. Wird der Kurs über die Schule organisiert, findet er außerhalb der Schulräume und Unterrichts- oder Ferienzeiten statt. In dem Entwöhnungskurs geht es allgemein um Wissen und Information

zum Thema Rauchen. Aber auch Themen wie Rauchen und Gesundheit oder Rauchen und Geld werden jugendspezifisch integriert. Weiterhin sollen Handlungsalternativen aufgezeigt, Rückfällen vorgebeugt, Tipps gegeben und die Motivation der Jugendlichen gefördert werden. Es wird nach der Stopp-Methode gearbeitet. Das heißt, dass ein konkreter Zeitpunkt festgelegt wird, an die Teilnehmer aufhören zu rauchen. Zur Unterstützung wird im Kurs ein *Notfallkoffer* mit z.B. Bonbons oder Streichelsteinen zur Ablenkung gepackt.

Der Kontakt zu den an dem Kurs teilnehmenden Jugendlichen wird während und nach dem Programm per E-Mail und SMS aufrechterhalten. Die Teilnehmer sollen dadurch motiviert werden, rauchfrei zu bleiben. Außerdem existiert eine kostenfreie Hotline, an die die Jugendlichen sich bei Problemen wenden können. Die Anmeldung kann persönlich, per Post, per E-Mail oder SMS oder über die Hotline erfolgen. Die Teilnahmegebühr in Höhe von € 5,- wird bei Teilnahme an mindestens fünf Treffen zurückerstattet (Telefon- und E-Mailkontakt mit Heyn, April 2006; Lindinger, 2006; Heyn, 2004).

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Der Zugang zu rauchenden Jugendlichen sollte über Dritte, die Kontakt zu der Zielgruppe haben, erfolgen. Dabei kann es sich um Lehrer, Betreuer, Gruppenleiter etc. handeln.
- Potentielle Teilnehmer sollten direkt in einer Auftaktveranstaltung auf jugendgerechte Weise angesprochen werden. Bei dieser Gelegenheit lernen sie die Inhalte des Kurses und die Gruppenleiter kennen.
- Der Kontakt zu einem in dem Bereich der Rauchprävention bestehenden Netzwerk kann bei der Verbreitung der Information zu dem Angebot und bei der Rekrutierung der Teilnehmer hilfreich sein.
- Eine Hotline und der Kontakt per E-Mail und SMS zu den teilnehmenden Jugendlichen erhöhen die Unterstützung und Motivation der Teilnehmer und die Attraktivität des Programms.
- Eine Erstattung einer geringen Teilnahmegebühr bei Anwesenheit bei einer Mindestzahl von Treffen kann einen Anreiz zur Teilnahme darstellen.
- Eine speziell für das Angebot entwickelte *Besonderheit* wie z.B. das Daumenkino oder Ähnliches kann die Attraktivität des Angebotes erhöhen und als Anreiz zur Teilnahme dienen.

Just be smokefree

Darstellung des Angebotes

Das Programm *Just be smokefree* vom Institut für Therapieforschung-Nord hat die Raucherentwöhnung bei rauchenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 25 Jahren oder zumindest eine Reduzierung des Zigarettenkonsums zum Ziel.

Der Zugang findet auf verschiedenen Wegen statt. Zum einen werden Anmeldebroschüren mit Informationen zum Programm, einem persönlichen Rauchttest, Informationen über *Mythen und Fakten* zu Zigaretten sowie zu der Tabakindustrie verteilt. Zum anderen sollen Jugendliche über Multiplikatoren erreicht werden. Zur Information der Multiplikatoren wurde ein spezieller Flyer zum Programm entwickelt. Weiterhin wird die Internetseite www.justbesmokefree.de als Zugangsmedium genutzt. Auf der Seite werden Informationen zum Programm bereitgestellt. In dem Bereich *Mach' den Test* können Jugendliche ihr persönliches Rauchverhalten testen, anschließend erhalten sie eine direkte Rückmeldung zu den Ergebnissen

des Tests. Mittels eines Download-Bereichs und eines Gästebuches sollten Jugendliche erneut zum Besuch der Seite angeregt werden. Des Weiteren sollen Poster über das Angebot informieren²⁹. Die Anmeldung erfolgt über eine in der Anmeldebroschüre integrierte Postkarte oder online.

Das Entwöhnungsangebot berücksichtigt die verschiedenen Stadien der Veränderungsbereitschaft nach dem Transtheoretischen Modell der Stufen der Verhaltensänderung (vgl. Kapitel 5.1.1). Die Teilnehmer sollen sich mit ihrem eigenen Rauchverhalten auseinandersetzen und werden beim Entwöhnungsprozess mit Tipps unterstützt. Der Kurs findet in der Gruppe oder sogar im Klassenverband statt. Die Ansprache erfolgt auf individueller und Gruppenebene. Im besonderen Fall finden Einzelberatungen statt. Zur Unterstützung werden die Teilnehmer aufgefordert, sich einen Paten zu suchen, so dass eine Teilnahme mit Freunden möglich ist und die Gruppe aus Rauchern und Nichtraucher besteht.

Ein Selbsthilfemanual, das die Teilnehmer nach Anmeldung erhalten, soll eine weitere Art der Unterstützung bieten und enthält Tipps zum Nichtrauchen in Form von vielfältigen Materialien. Die Teilnehmer werden zur Analyse des eigenen Rauchverhaltens und zur Überprüfung der Aufhörtmotivation angeleitet und auf den Rauchstopp vorbereitet. Ein Stichtag für den Rauchstopp wird festgelegt. Es werden Tipps zur Selbstverstärkung für erreichte Ziele, den Umgang mit Entzugssymptomen und Risikosituationen sowie zur Rückfallprophylaxe und zum Rückfallmanagement gegeben. Weiterhin sind in dem Handbuch Kapitel mit Hinweisen für die Paten und für die Teams enthalten. Während des Programms steht den Teilnehmern eine Telefon-Helpline zur Verfügung. Zur Motivation der Jugendlichen zur Teilnahme und zum Durchhalten werden Geldpreise in Höhe von 1000 Euro pro Quartal unter den Teilnehmern/Gruppen ausgelost (www.ift-nord.de, 05.05.2006; Isensee et al., o. J.; Wiborg et al., 2004).

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Durch die Einteilung der Teilnehmer nach den Stufen des TTM kann das Entwöhnungsangebot speziell auf die Bedürfnisse der einzelnen Teilnehmer zugeschnitten werden. Dies kann die Effektivität des gewählten Zugangs und des Programms selbst erhöhen (vgl. Kapitel 5.1.1).
- Der Zugang auf unterschiedlichen Wegen kann dazu beitragen, (mehr) Teilnehmer für das Angebot zu rekrutieren.
- Eine Telefon-Helpline für die Teilnehmer als Unterstützung kann die Attraktivität des Angebotes erhöhen.
- Paten können neben der professionellen Unterstützung, die während des Kurses und des Aufhörprozesses geboten wird, als zusätzliche Unterstützung dienen.
- Die Ausschreibung einer Verlosung mit Geldpreisen bzw. die Erwartung eines Gewinns (vgl. Kapitel 5.1.4) kann als Anreiz zur Teilnahme dienen.

²⁹ Angaben darüber, wo diese Poster ausgehängt werden, werden nicht gemacht.

5.2.2 Darstellung ausgewählter Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche im Ausland

Feel ok (Schweiz, Österreich und Deutschland)

Darstellung des Angebotes

Das Internetangebot www.feelok.ch (oder [.at/.de](http://www.feelok.de)) wird von dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, der Krebsliga Zürich und dem Tabakpräventionsfonds angeboten. Ziel ist es, Jugendliche dazu zu motivieren und dabei zu unterstützen, Nichtraucher zu bleiben, weniger zu rauchen oder mit dem Rauchen aufzuhören. Das Programm ist folglich primär- und sekundärpräventiv ausgerichtet.

Der Zugang zu den Jugendlichen findet primär über das Internet als Jugendmedium statt. Die Seite ist durch Animationen, comikartige Bilder und Möglichkeiten der interaktiven Beteiligung jugendgerecht gestaltet. Weiterhin wird im Setting Schule über Lehrer auf Jugendliche zugegangen. Ein internetbasiertes Selbstmanual mit der Möglichkeit der Kontaktaufnahme per E-Mail beinhaltet eine Einstufung in Nichtraucher, Nieraucher (mit Wunsch, Nichtraucher zu bleiben oder mit dem Rauchen anzufangen), Gelegenheitsraucher und regelmäßige Raucher (in der Stufe der Absichtslosigkeit, Absichtsbildung oder Vorbereitung zum Rauchstopp). Auf der Internetseite werden allgemeine Infos zu den Themen Rauchen, gesundheitliche Folgen des Rauchens, Rauchen und Sucht, Psychologie des Rauchens und jugendspezifische Themen wie Rauchen und Sex/Geld/Gewichtszunahme sowie Tipps zur Motivation bereitgestellt. Außerdem werden eine persönliche Beratung online, Diskussionsforen, Games, Infos zu Themen wie Cannabis, Sexualität, Alkohol, Bewegung und Ernährung, Selbstvertrauen, Stress sowie Links zu anderen Seiten angeboten. Die Teilnahme am Programm ist kostenlos. Erklären sich die Teilnehmer bereit, an einer Auswertungsstudie mitzumachen, erhalten sie dafür einen bestimmten Geldbetrag. Weiterhin steht auf der Seite ein kostenloses Handbuch für Lehrer sowie Fachpersonen mit Arbeitsblättern zur Verfügung.

Die Seite wurde in einem Pretest mit 700 Schülern getestet und anschließend auf der Grundlage der Rückmeldungen optimiert, und die auf der Seite zur Verfügung gestellten Informationen wurden durch Experten und Beratungs- und Fachstellen evaluiert (www.feelok.ch, Mai 2006; Hermann, 2005a).

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Eine Internetseite stellt ein für Jugendliche sehr attraktives Medium dar, mit dessen Hilfe Kontakt zu rauchenden Jugendlichen hergestellt und diese zur Teilnahme an dem Angebot motiviert werden können. Außerdem können dort Informationen zu dem Entwöhnungsangebot bereitgestellt werden. Die Attraktivität einer Seite kann durch Informationen zu anderen jugendspezifischen Themen wie Cannabiskonsum, Sexualität oder Ernährung oder durch den Zugriff auf Games und Foren erhöht werden.
- Eine jugendgerechte Gestaltung (Sprache, Design, Nutzbarkeit) des Internetangebotes kann ebenfalls die Attraktivität der Seite steigern.
- Der Einbezug von Fachpersonen wie Lehrer kann beim Zugang zu Jugendlichen hilfreich sein.

- Die Einstufung der Besucher der Seite in unterschiedliche Kategorien erlaubt ein auf die Teilnehmer bezogenes Vorgehen.
- Ein Pretest des Programms kann als Grundlage zur Optimierung der Programminhalte dienen.
- Die Auslobung eines Preises bei Teilnahme an einer Auswertung des Programms kann zur Teilnahme und zur Teilnahme an einer Auswertung motivieren. Wird den Teilnehmern bewusst gemacht, dass sie persönlich an der Gestaltung des Programms durch die Teilnahme an der Auswertung mitwirken können, kann dies auf sie motivierend wirken.
- Durch die kostenlose Teilnahme wird eine mögliche Hemmschwelle zur Teilnahme abgebaut.

Take control (Österreich)

Darstellung des Angebotes

Take control stellt ein spezielles Kursprogramm dar, das von dem Institut für Suchtprävention pro mente in Oberösterreich entwickelt wurde und von externen Kursleitern in externen Organisationen wie Schulen, Betrieben oder Jugendzentren durchgeführt wird. Zielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 16 und 25 Jahren, die mit dem Rauchen aufhören oder aber ihren Zigarettenkonsum reduzieren wollen. Sie sollen dazu angeleitet werden, alternative Verhaltensweisen zu entwickeln. Der Zugang zur gewünschten Zielgruppe erfolgt über eine breite Bewerbung durch das Institut selbst per E-Mail oder persönlich in Seminaren in den Einrichtungen, in denen Kontakt zu einem Ansprechpartner vor Ort oft bereits besteht. Ansprechpartner sind Fachpersonen wie Lehrer aber auch engagierte Schüler/Jugendliche, die als Multiplikatoren wirken. Werbematerial wird nur auf Anfrage in Form von Plakaten und Foldern bereitgestellt und somit der Kostenaufwand für die Bewerbung in Grenzen gehalten. Die Kursteilnehmer sollen lernen, ihr Rauchverhalten zu beobachten, zu kontrollieren und schließlich zu beenden. Dabei erhalten sie Unterstützung und Motivation in der Gruppe. Der kostenlose Kurs beinhaltet vier Termine à 1,5 Stunden innerhalb von 4 Wochen und findet zeitnah zur Befragung der Schüler durch die Lehrer, ob sie an einem solchen Kurs Interesse haben, statt. Infomaterialien und Anmeldeformulare sind auf der Internetseite erhältlich. Die genaue Organisation wie Kurstermine, Teilnehmerrekrutierung, Räumlichkeiten, Anmeldeverfahren etc. bleibt der Organisation überlassen. Ein Befragungsbogen zur Evaluation des Kurses wird ca. sechs Monate nach Kursteilnahme an die Teilnehmer verschickt, die Teilnahme ist freiwillig (E-Mailkontakt mit Vogel, April 2006; www.takecontrol.at, April 2006; Lindinger, 2006).

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Der Zugang zu möglichen Teilnehmern über Dritte wie Lehrer oder engagierte Schüler/Jugendliche kann den Zugang erleichtern. Die Rekrutierung von Teilnehmern wird an Dritte abgetreten. Aufwändige Werbematerialien können dadurch überflüssig sein.
- Ein Netzwerk aus Ansprechpartnern in verschiedenen Einrichtungen mit Bezug zu Jugendlichen erleichtert den Zugang.
- Die Hemmschwelle zur Teilnahme kann dadurch, dass der Kurs in einer bekannten Organisation stattfindet und bekannte Personen dafür werben, gesenkt werden.

- Der Einrichtung bleibt die Organisation des Kurses überlassen. Sie kennt die Jugendlichen und kann somit evtl. besser auf deren Bedürfnisse eingehen.
- Das Internet kann als Zugangs- und Informationsmedium genutzt werden, obwohl das Angebot selbst nicht online stattfindet, sondern vor Ort in der Institution.
- Die kostenlose Teilnahme kann die Hemmschwelle zur Teilnahme senken.
- Eine zeitnahe Umsetzung kann dazu beitragen, dass rauchende Jugendliche, die eine Teilnahme planen, wirklich an dem Angebot teilnehmen.
- Eine überschaubare Anzahl von Treffen innerhalb kurzer Zeit kann zu einer regelmäßigen und dauerhaften Teilnahme führen.
- Die Zusammensetzung der Teilnehmer aus z.B. einer Schule kann den Zugang erleichtern.

Quit4Life (Kanada)

Darstellung des Angebotes

Quit4Life wurde von *Health Canada* in Zusammenarbeit mit der Lung Association entwickelt und kann wahlweise mit Hilfe eines Teilnehmerhandbuches oder über ein Internetprogramm (www.quit4life.com) durchgeführt werden. Es sollen rauchende Jugendliche zwischen 11 und 20 Jahren, die mit dem Rauchen aufhören wollen oder sich bereits entschieden haben, mit dem Rauchen aufzuhören, angesprochen werden. Ziel ist ein Rauchstopp.

Die Aufmerksamkeit von rauchenden Jugendlichen soll über die Internetseite www.quit4life.com, über Ankündigungen auf Postern und Flyern und über farbiges Promotion-Material wie Mousepads, Tischkarten, Fußbodenaufkleber, Magnete o.Ä. gewonnen werden. Außerdem wird der Kontakt über die Schulleitung, Lehrer oder Suchtberater bis hin zu Cafeteria-Mitarbeitern und Jugendarbeitern aufgenommen. Weiterhin werden ehemalige Teilnehmer als Multiplikatoren eingesetzt. Incentives sollen zur Teilnahme motivieren. Es kommt vor, dass Gruppenleiter Schulen direkt besuchen, um sich vor Ort ein Bild davon zu machen, wie sie am besten Kontakt zu den Schülern aufnehmen.

Das Programm besteht aus vier zentralen Schritten: *Get Psyched, Get Smart, Get Support, Get On With It*. Auf der Internetseite, die interaktiv gestaltet ist und personifiziert werden kann, befindet sich das Internet-Selbsthilfemanual. Dort kann ein persönliches Rauchprofil erstellt werden. Außerdem werden dort jede Woche drei bis fünf Aufgaben für die Teilnehmer bereitgestellt werden, die sie dabei unterstützen ihr eigenes Rauchverhalten zu reflektieren. Der Kurs, der innerhalb von vier Wochen mit durchschnittlich neun Teilnehmern stattfindet, soll Motivation und Unterstützung bieten. Ein *Quitting Calender*, Motivations- und Erinnerungs-Mails, Informationen zum Umgang mit Stress und Langeweile sowie zu Fakten und Mythen über das Rauchen gehören ebenfalls zu den Inhalten. Das Manual gibt es auch in gedruckter Form mit Hausaufgaben. Weiterhin werden ein Kursleiterhandbuch und ein Evaluationshandbuch zur Verfügung gestellt (www.quit4life.com, Mai 2006).

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Die Kursleiter können in die Einrichtungen z.B. in Schulen gehen, um sich ein Bild von den möglichen Ansprechpartnern, Multiplikatoren, Zugangsmöglichkeiten etc. zu machen.
- Die Unterstützung der Schulleitung kann für die Chancen der Umsetzung des Angebotes von großer Bedeutung sein.
- Ehemalige Teilnehmer können als *Multiplikatoren* und als Vorbilder Zugang zu potentiellen Teilnehmern schaffen (vgl. Kapitel 5.1.4 und 5.3.3).
- Unterschiedliche Zugangswege können den erfolgreichen Zugang zu rauchenden Jugendlichen erhöhen.
- Es kann hilfreich sein, wenn das Angebot in den Einrichtungen stattfindet, in denen sich Jugendliche aufhalten, wie Schulen, Jugendeinrichtungen etc.
- Incentives und besonderes Promotion-Material kann die Attraktivität des Angebotes erhöhen und die Aufmerksamkeit auf das Angebot lenken.
- Das Internet ist sehr als Zugangs- und Informationsmedium geeignet, obwohl das Angebot vor Ort und mit Kursleiter stattfindet.
- Ein begleitendes Selbsthilfemanual evtl. mit wöchentlichen Aufgaben kann Unterstützung und Motivation bieten.

ProjectEX (USA)

Darstellung des Angebotes

Das *ProjectEX* wurde von Steve Sussman und seinem Team am Institute for Health Promotion and Disease Prevention Research der University of Southern California entwickelt. Dabei handelt es sich um ein Schulprogramm für High School Schüler im Alter von 14 bis 19 Jahren, die von Tabakabhängigkeit bedroht sind. Ziel ist der absolute Rauchstopp oder ein reduzierter Konsum.

Das Programm wurde in einem sehr aufwändigen Entwicklungs- und Auswertungsprozess gemeinsam mit Jugendlichen auf der Basis des Vorgängerprogramms *Towards No Tobacco Use* (TNT) erstellt. In der Konzeption wurden die Haupthindernisse für Abstinenz bei Jugendlichen, nämlich soziale Einflüsse, pharmakologische Abhängigkeit und unzureichende Ausstiegsmotivation berücksichtigt. Dabei wurde besonderer Wert darauf gelegt, auch spielerische Lernformen (Wissensvermittlung via Talk-Show, spielerische Wettkämpfe) und Formen alternativer Medizin zu integrieren (Lindinger, 2006).

Der Zugang erfolgt über die Kursleiter, die in den Schulen eine 5-Minuten-Präsentation zu dem Entwöhnungskurs halten. Außerdem wird der Kontakt über Empfehlungen von Lehrern und engagierten Schülern aufgenommen. Der Kurs enthält motivierende Aktivitäten, die Spaß machen, wie Spiele und Talk Shows. Handlungsalternativen werden aufgezeigt, Entspannungsübungen eingeübt und Rückfallprophylaxe betrieben. Der Kurs besteht aus acht Sitzungen über sechs Wochen, die in den Schulen in extra dafür vorgesehenen Räumen stattfinden. Außerdem werden ein *ProjectEX-Guide* und ein Zwei-Tages-Trainingskurs für Lehrer und ein kostenpflichtiges Arbeitsbuch für Schüler zur Verfügung gestellt. Die

Teilnehmer werden für die Teilnahme am Kurs vom Unterricht freigestellt und erhalten für die Teilnahme eine Gutschrift von Credit Points³⁰. Effektivste Rekrutierungsmaßnahme stellte die Präsentation des Programms in Klassen und Empfehlung durch schulisches Personal dar (E-Mailkontakt mit Sussman und Hauk, März 2006; Lindinger, 2006; Sussman, S. et al., 2001; Sussman, o. J.; Hauk, o. J.).

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Anreize (Incentives) wie die Freistellung vom Unterricht können die Chance auf eine Teilnahme erhöhen.
- Das Setting Schule als Ort, an dem sich Jugendliche aufhalten, kann für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen prädestiniert sein. Findet der Kurs vor Ort statt, haben die Schüler keinen Extra-Anreiseweg und die Veranstalter müssen keine Räume zur Verfügung stellen.
- Lehrer werden über das Thema informiert und darauf vorbereitet, so dass sie unterstützend und motivierend bezüglich des Zugangs zu Jugendlichen tätig werden können.
- Lehrer und engagierter Schüler sollten als Zugangswege genutzt werden.
- Eine Präsentation zum Kurs vor Ort erhöht das Interesse. Dadurch, dass rauchende Jugendliche die Kursleiter kennen lernen, kann ihre Hemmschwelle zu einer Teilnahme gesenkt werden.

5.3 Zugang zu rauchenden Jugendlichen über Mittler

Ergänzend zu den beschriebenen psychologischen Verhaltensmodellen und -theorien und ausgewählten Beispielen zu Raucherentwöhnungsangeboten in Deutschland und im Ausland soll an dieser Stelle der Zugang zu rauchenden Jugendlichen über verschiedene Mittler dargestellt werden. In diesem Zusammenhang soll die Schule als Setting, die Bedeutung von *Peers* und *Multiplikatoren* und die Rolle von Medien betrachtet werden.

5.3.1 Das Setting Schule

Die Schule als Ort für Präventionsmaßnahmen

Die Schule stellt neben Familie, Kindergarten und Jugendfreizeiteinrichtungen das zentrale Lebens- und Lernfeld für Kinder und Jugendliche dar, in dem sie kognitive und soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten unter professioneller, pädagogischer Anleitung ausbilden können (Hurrelmann et al., 2003). Gemäß ihres Erziehungs- und Bildungsauftrages hat sie die Verpflichtung, an der Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen mitzuwirken (www.bzga.de, 26.04.06; BZgA, 2000; Hurrelmann, 1998). Seit langem wird ein möglichst früher Beginn von Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (= Setting) der

³⁰ *Credit Points* werden in dem amerikanischen Schulsystem vergeben. Eine bestimmte Anzahl von *Credit Points* werden für den Schulabschluss benötigt (Anmerk. d. Verfass.).

Menschen gefordert (Hurrelmann et al., 2003). Für Kinder und Jugendliche stellt u.a. die Schule ein solches Lebensumfeld dar.

Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sieht in dem Setting Schule „[...] *eines der wichtigsten Aktionsfelder zur Vermittlung der Kampagnen-Botschaften* [...]“ (www.bzga.de, 09.02.06). Sie beschreibt die Schule als „*einen Kommunikationskanal, der gemäß seinen Aufgaben entsprechend viele personalkommunikative Möglichkeiten mit sich bringt*“ (BZgA, 2006, S. 78).

Maßnahmen zur Prävention oder Gesundheitsförderung könnten in die Lehrpläne integriert, einzelne Themen in Arbeitsgruppen, Projekten oder Kursen bearbeitet werden. Von großer Bedeutung ist dabei laut Hurrelmann (2003), die schulischen Aktionen mit der außerschulischen Lebenswelt der Jugendlichen wie Freizeit- oder Jugendeinrichtungen zu vernetzen.

Laut Hamburger Schulgesetz beginnt die Vollzeitschulpflicht für Kinder in Hamburg im Alter von sechs Jahren, dauert neun Schulbesuchsjahre und wird durch den Besuch der Grundschule und einer weiterführenden allgemein bildenden Schule oder durch den Besuch einer Sonderschule erfüllt (HmbSG § 38 Abs. 3 und 4). Theoretisch sind also 100 % der Kinder und Jugendlichen für mindestens neun Jahre in der Schule anzutreffen.

*„Es ist nicht verwunderlich, dass die Mehrzahl der Interventionsprogramme auf die Schule konzentriert sind. Der überwiegende Teil der Jugendlichen ist über die Schule erreichbar.“
(Nutbeam, 1999, S. 250)*

Da die Mehrheit der Jugendlichen und damit auch die rauchenden Jugendlichen in der Schule anzutreffen sind, bietet es sich an, dort vor Ort rauchende Jugendliche für ein Raucherentwöhnungsangebot zu werben.

Auch die ganz *frischen* Raucher, die noch nicht den Gewohnheitsstatus erreicht haben, können dort erreicht werden. Diese können evtl. eher dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören, als diejenigen, die schon täglich und gewohnheitsmäßig rauchen. Hinzu kommt, dass die Mehrzahl der von Schülern gerauchten Zigaretten in der Schule geraucht wird (BZgA, 2006).

„Jugendliche beginnen mit dem Rauchen im Freundeskreis oder in der Schule. Sie rauchen vor allem in der Schule.“ (Hermann, 2005b, S. 6)

Weiterhin kommt der Schule für die Tabakprävention eine wichtige Rolle zu, da dort die *Peers* täglich aufeinander treffen, die eine besondere Bedeutung für den Einstieg in das Rauchen haben (vgl. Kapitel 5.3.3).

Konzept „Rauchfreie Schule“

Im April 2005 hat die Hamburger Bürgerschaft ein generelles Rauchverbot für Schulen beschlossen, das zum Schuljahr 2005/2006 in Kraft trat. Da sich gezeigt hat, dass Rauchverbote allein nicht erfolgreich sind, müssen diese mit Präventions- und Entwöhnungsangeboten verbunden werden (Hanewinkel, 2003).

Das Konzept *Rauchfreie Schule* stellt ein Gesamtkonzept zur Förderung des Nichtrauchens in den Schulen dar. Es verbindet verhaltens- und individuumsbezogene sowie verhältnis- und settingansatzbezogene Maßnahmen und soll durch eine Kooperation mit Eltern und externen Partnern realisiert werden.

Ausstiegshilfen für jugendliche Raucher sind Teil des Konzeptes (Hermann, 2005b; BZgA, 2003a). Zum einen wird ein Anti-Rauch-Kurs, der die Bereitschaft zur Verhaltensänderung (Konsumbeendigung oder -reduktion) erhöhen soll, und zum anderen ein Ausstiegskurs, der sich an veränderungsbereite Schüler richtet, die konkrete Unterstützung beim Aufhören oder Reduzieren des Zigarettenkonsums benötigen, angeboten (Lindinger, 2006). Dabei können Schüler, die mehrmals gegen das Rauchverbot verstoßen, zu Ausstiegskursen verpflichtet werden (Landesinstitut für Lehrerbildung und Suchtpräventionsbüro, 2005). In dem Zusammenhang sollen sie „auf geeignete außerschulische Möglichkeiten der Raucherentwöhnung hingewiesen werden“ (Hanewinkel, 2003, S. 678).

Hurrelmann (1998) weist darauf hin, dass es sinnvoll sein könnte, gemischte Kurse zur Raucherentwöhnung anzubieten. So könnten gemeinsame Kurse für rauchende Schüler, aber auch Lehrer oder Eltern angeboten werden.

Die Schülerzeitung als möglicher Zugangsweg

Bei der Recherche im Internet zu der Existenz von Schülerzeitungen an Hamburger Schulen konnte die Verfasserin feststellen, dass eine Vielzahl von Schulen eine Schülerzeitung heraus bringt. Zum einen sind sie speziell für Schüler/Jugendliche bestimmt und zum anderen werden sie von Schülern/Jugendlichen selbst verfasst. Das heißt von Gleichaltrigen bzw. *Peers* und evtl. sogar von potentiellen Teilnehmern für ein Raucherentwöhnungsangebot – und eben nicht z.B. von Lehrern. Das erhöht die Glaubwürdigkeit des Senders der verbreiteten Information für die Leser. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass sie in der Sprache von Jugendlichen geschrieben werden. Die Glaubwürdigkeit des Senders und die Sprache der Botschaft sind entscheidend dafür, dass einer Botschaft von den angestrebten Empfängern Aufmerksamkeit geschenkt wird (vgl. Kapitel 5.1.5).

Es könnte z.B. ein Bericht über ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche in der Schülerzeitung veröffentlicht werden. Das Leserinteresse könnte durch Fotos von dem Angebot erhöht werden. Weiterhin könnten Schülerredakteure persönliche Interviews mit Kursleitern und aktuellen oder ehemaligen Teilnehmern durchführen und in der Schülerzeitung abdrucken. Auch Kurstermine und Veranstaltungsort sowie weitere Bekanntmachungen zu z.B. Infoveranstaltungen an Schulen oder in anderen Einrichtungen könnten in Schülerzeitungen veröffentlicht werden.

Bei der Recherche zum Thema Schülerzeitungen an Hamburger Schulen im Rahmen dieser Arbeit konnte festgestellt werden, dass die Mehrzahl der Schulen eine Schülerzeitung besitzen. Um ein Bild davon zu bekommen, ob an den Schulen generell Interesse daran besteht, über ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche zu berichten, wurde Kontakt zu zehn Schulen aufgenommen. Zwei der zehn Schulen waren sehr daran interessiert, in der nächsten Ausgabe der Schülerzeitung darüber zu berichten (E-Mailkontakt mit verschiedenen Hamburger Schulen, April 2006).

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Die Schule als besonders geeigneter Ort, an dem sich (rauchende) Jugendliche aufhalten, sollte für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen für ein Raucherentwöhnungsangebot genutzt werden.
- Es sollte Kontakt zu Schulleitung und Lehrern aufgenommen werden, um über sie Zugang zu rauchenden Jugendlichen zu bekommen.
- Mögliche Zugangswege sollten in Verbindung mit bestehenden Konzepten und Angeboten z.B. zur Primärprävention oder zu verwandten Themen geschaffen werden. So sollte im Rahmen des Konzeptes *Rauchfreie Schule* auf außerschulische Raucherentwöhnungsangebote hingewiesen werden.
- Schülerzeitungen stellen ein gutes Medium dar, um in Kontakt zu Schülern/Jugendlichen zu treten, da sie von Schülern für Schüler gemacht sind. Die Schüler/Jugendlichen fühlen sich einbezogen und könnten dadurch zur Teilnahme motiviert werden. Stehen Schüler/Jugendliche hinter dem Kurs, wird das Angebot attraktiver und die Hemmschwelle zur Teilnahme könnte gesenkt.
- Maßnahmen zur z.B. Bewerbung eines Angebotes sollten sowohl in der Schule als auch in außerschulischen Settings stattfinden.
- Kursangebote sowohl für rauchende Schüler als auch für rauchende Lehrer oder Eltern können dafür sorgen, dass die rauchenden Jugendlichen sich als Erwachsene angesehen fühlen und somit ihre Hemmschwelle, an einem Kurs teilzunehmen sinkt.

5.3.2 Medien

Heutzutage wachsen Jugendliche in einer stark von Medien geprägten Umwelt auf. Neben herkömmlichen Medien wie Radio, Kino und Printmedien nehmen die so genannten *neuen* Medien einen festen Platz in ihrem Leben ein. In diesem Kapitel sollen an erster Stelle einige der von der BZgA für Aufklärungs- und Gesundheitskampagnen zur Verfügung gestellten Medien beschrieben werden. An zweiter Stelle wird auf den Einfluss der *neuen* Medien wie das Internet und Handys eingegangen. Die Nutzungszahlen sollen veranschaulichen, welchen Stellenwert diese *neuen* Medien bei Jugendlichen einnehmen und welche Möglichkeiten sie für die Prävention und Gesundheitsförderung bieten. Weiterhin soll Empfehlungen für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen für Raucherentwöhnungsangebote abgeleitet werden.

Medien der BZgA

Die BZgA verwendet für ihre Gesundheits- und Präventionskampagnen und -aktionen zur Information, Motivation und Kompetenzförderung der Bevölkerung eine Vielzahl von Medien. Dazu zählen Unterrichts- und Ausstellungsmaterialien, Arbeitsmappen, audiovisuelle Medien wie Radio- und Fernsehspots und Hörspiele, Printmedien wie Plakate und Broschüren sowie Internetseiten. Um unterschiedliche Zielgruppen anzusprechen, greift sie bewusst auf verschiedene Methoden und Vorgehensweisen zurück (www.bzga.de, 10.10.2006).

Medien der Massenkommunikation

Die BZgA setzt u.a. *massenkommunikative* Medien ein. Sie sollen dazu dienen, möglichst breite Teile der Bevölkerung anzusprechen. Dazu zählen Filme, Fernseh- und Kinospots (teilweise in Kooperation mit Fernsehsendern). Weiterhin Ausstellungen sowie interpersonale Aktionsprojekte wie z.B. die so genannten *Mitmachparcours* (www.bzga.de, 26.06.06). Dabei handelt es sich um interaktive und spielerisch angelegte Aufklärungsangebote, die die beiden legalen Suchtstoffe Tabak und Alkohol über persönliche Informationsvermittlung und Gespräche thematisieren (BMGS, 2006).

Die von der BZgA entwickelten Internetseiten zählen ebenfalls zu den *massenkommunikativen* Medien. Beispielhaft wären hier die Hauptseite der BZgA www.bzga.de, aber auch themenspezifische Seiten, die direkt auf z.B. die Zielgruppe der Jugendlichen zugeschnitten sind wie www.rauch-frei.info (vgl. Kapitel 5.2.1) oder www.drugcom.de zu nennen.

Printmedien

Zu den klassischen Printmedien, die die BZgA für ihre Aufklärungskampagnen verwendet, zählen Plakate, Flyer, Broschüren und Postkartenserien. Mit attraktiven Motiven sollen die Aufmerksamkeit der angestrebten Zielgruppe erreicht und Informationen vermittelt werden.

Ein speziell auf Jugendliche ausgerichtetes Printmedium stellt die Basisbroschüre *Let's talk about Smoking* der BZgA zum Thema Rauchprävention dar. Sie hat sowohl rauchende als nichtrauchende Schüler zur Zielgruppe und bietet neben der Beschreibung von Inhaltsstoffen, Wirkungsmechanismen und gesundheitlichen Folgeschäden für Raucher und Passivraucher Informationen zum Einfluss der Zigarettenwerbung. Ergänzt wird diese Broschüre durch zwei zusätzliche geschlechtsspezifische Broschüren. *Stop smoking – Girls* für Mädchen und *Stop smoking – Boys* für Jungen, die mit dem Rauchen aufhören wollen. Die Ansprache der Leserschaft erfolgt über eine Einteilung ihres Rauchverhaltens in verschiedene Kategorien (Gelegenheitsraucher, regelmäßiger Raucher, Gewohnheitsraucher, starker Raucher).

Des Weiteren bietet die BZgA eine spezielle *Zeitung Sucht* für Schüler an. Sie soll dazu dienen, jungen Redakteuren zur Erstellung einer Schülerzeitung praktische Tipps und Anregungen für das Aufgreifen des Themas Suchtvorbeugung zu geben. Zum Beispiel in Form von Interviews, Fortsetzungsgeschichten, Karikaturen und Glossen (www.bzga.de, 13.06.06).

Weitere Medien

Neben den massenkommunikativen und Printmedien zählen im Bereich Rauchprävention so genannte *Rauchfrei-Aufkleber*, *Rauchfrei-Tischaufsteller*, *Nichtraucher-Kalender* für die ersten 100 Tage und ein *Rauchfrei-Startpaket* zu den attraktiven Medien der BZgA. Weiterhin werden CD-ROMs und spezielle PC-Spiele zur Aufklärung über spezifische gesundheitliche Probleme sowie Medienpakete für Lehrer, Eltern und andere Interessierte entwickelt und angeboten (www.bzga.de, 26.06.06).

Neue Medien

In diesem Abschnitt der vorliegenden Arbeit soll auf einige der so genannten *neuen* Medien wie das Internet und Handys und den mit ihnen verbundenen Möglichkeiten des Schreibens, Versendens und Empfangens von E-Mails und SMS eingegangen werden. Um den Stellenwert von *neuen* Medien im Leben von Jugendlichen zu veranschaulichen, soll zunächst ein Bild der Nutzung von neuen Medien durch Jugendliche gegeben werden. Die der JIM-Studie 2005³¹ entnommenen Daten machen deutlich, dass Jugendliche einen großen Teil der Nutzer von neuen Medien ausmachen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2005). Es wird weiterhin aufgezeigt, in welcher Form sie diese Medien nutzen. Anschließend sollen mögliche Wege des Zugangs zu Jugendlichen über diese *neuen* Medien untersucht werden. Dabei wird auf das Medium Internet, den Zugang über Mobiltelefone/SMS und über die elektronische Post eingegangen³².

Nutzung von Medien durch 12 bis 19-jährige Jugendliche in Deutschland

Jugendliche haben neben Erwachsenen in rasanter Geschwindigkeit immer mehr den Zugang zum Internet gefunden. 89 % der in der JIM-Studie 2005 befragten Haushalte haben Zugang zum Internet. 86 % der 12- bis 19-Jährigen sind mit der Internetnutzung vertraut. Dabei sind große Unterschiede nach Schultypen zu verzeichnen. Mehr als die Hälfte (60 %) der *Jugendlichen* gab an, mindestens einmal in der Woche im Internet zu surfen. 70 % davon gehen täglich bis mehrmals täglich online. 35 %, d.h. mehr als ein Drittel, verfügen über einen eigenen Internetzugang.

Dabei dient das Internet den *Jugendlichen* vorrangig als Kommunikationsmedium, um E-Mails zu schreiben und/oder Chatrooms³³ aufzusuchen. 76 % sagen aus, zumindest selten die elektronische Post zu nutzen. 48 % haben Erfahrungen mit Chatrooms. Außerdem bedienen sich die Jugendlichen gerne des Internets, um persönlich bedeutsame Informationen zu beschaffen. Dabei ist zu beobachten, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen eher eine aktive Rolle bezüglich der Informationsbeschaffung einnehmen.

57 % der 12- bis 19-Jährigen besitzen einen eigenen Computer, von denen 95 % angeben, mindestens einmal im Monat vor dem Computer zu sitzen. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen konnten dabei nicht verzeichnet werden.

Laut JIM-Studie 2005 sind in 99 % der befragten Haushalte mindestens ein Mobiltelefon, im Schnitt 3,4 Geräte pro Haushalt, vorhanden. 92 % der 12- bis 19-Jährigen besitzen ein Handy: 94% der Mädchen und 90% der Jungen. Dabei stellt nicht das Telefonieren, sondern das Verschicken von SMS die wichtigste Funktion des mobilen Telefons dar (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2005).

Praktische Anwendung *neuer* Medien für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen

Die *neuen* Medien bieten verschiedene Möglichkeiten, um sie in die Gestaltung des Zugangs zu rauchenden *Jugendlichen* einzubeziehen. Zum Beispiel kann das Internet als Zugangsmedium gewählt werden. In Kapitel 5 wurde anhand einiger Beispiele aus der Praxis beschrieben, wie es als Zugangsmedium zu potentiellen

³¹ = Jugend, Information, (Multi-)Media – Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland

³² Elektronische Post steht für E-Mails (Anmerk. d. Verfass.)

³³ Chat = schriftliche Kommunikation in Echtzeit über das Internet (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2005)

Teilnehmern für ein Raucherentwöhnungsangebot dient. So hält auch die BZgA mit www.rauch-frei.info ein interaktives Raucherentwöhnungsangebot im Internet speziell für Jugendliche bereit (vgl. Kapitel 5.2.1).

Von großer Bedeutung ist dabei zum einen die hohe Attraktivität, die das Internet bzw. das *Surfen* auf Jugendliche ausübt. Mit hoher Begeisterungsfähigkeit und großem Geschick nutzen sie dieses Medium (Silbereisen, 1999). Zum anderen spielt eine große Rolle, dass die Jugendlichen aktiv in die Nutzung einbezogen werden. Dies gibt ihnen das Gefühl der Integration und Teilhabe und könnte zu einer höheren Motivation und Ausdauer beitragen. Es bietet eine flexible und anonyme Kontaktaufnahme und stellt ein ort- und zeitungebundenes Medium dar. Weiterhin bietet es den Vorteil, Strategien der Massenkommunikation mit Maßnahmen der personalen Kommunikation zu verbinden. So können die bereitgestellten Informationen trotz eines massenkommunikativen Mediums konkret auf die Benutzer zugeschnitten werden (Tossmann, 2005).

Auch für Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche, die nicht virtuell, sondern in einer Einrichtung stattfinden, könnte ein Internetauftritt sinnvoll sein. Entweder kann es sich dabei um eine Internetseite speziell für das entsprechende Entwöhnungsangebot handeln, oder das Angebot kann in eine bereits existierende Internetseite zu angrenzenden Themen integriert werden. Neben Informationen zum Angebot oder zum Thema *Rauchen* könnten speziell auf Jugendliche ausgerichtete Angebote wie Musikdateien oder Spiele zum Herunterladen, Chatrooms oder Kontaktmöglichkeiten sowie Verlinkungen zu themengleichen oder -ähnlichen Seiten bereitgestellt werden. Dies erhöht die Attraktivität des Angebotes. Ein jugendspezifisches Design und Elemente, die die Jugendlichen dazu bringen, die Seite überhaupt wahrzunehmen, sie erneut zu *besuchen* oder an Freunde weiterzuempfehlen, spielen dabei eine große Rolle (vgl. www.rauch-frei.info).

Auch die Anmeldung für ein nicht virtuelles Raucherentwöhnungsangebot kann über eine Internetseite oder per E-Mail erfolgen. Weiterhin könnten die Teilnehmer sich auf der Seite im Vorwege ihr *eigenes Rauchprofil* erstellen (vgl. www.rauch-frei.info). Persönliche Unterstützung und Begleitung für ihr Vorhaben finden sie dann in dem Kurs selbst. Der Kursleiter hat dadurch die Möglichkeit, sich vor Kursbeginn auf die Teilnehmer vorzubereiten und entsprechend – obwohl der Kurs in einer Gruppe stattfindet – individuell auf die Teilnehmer einzugehen. Zeit, die vorher für die Profilerstellung im Kurs vorgesehen war, z.B. beim ersten Treffen, kann dafür verwendet werden, andere Bausteine des Kurses, die für einen erfolgreichen Rauchstopp von Bedeutung sind, zu intensivieren (z.B. Rollenspiele, Flirt- oder Schminkkurse, alternative Entspannungsmethoden etc.).

Außerdem könnte eine Internetseite dafür genutzt werden, die Kursteilnehmer dabei zu unterstützen, ihre Verhaltensänderung aufrecht zu erhalten. So könnte die schwierige Phase der *Aufrechterhaltung* via Internet und E-Mails durch Tipps, Motivationsanregungen und Kontaktmöglichkeiten begleitet und unterstützt werden.

Darüber hinaus sollte daraus Nutzen gezogen werden, dass das *Surfen* im Internet für Jugendliche zum festen Bestandteil ihrer Freizeit geworden ist und dabei vollkommen freiwillig erfolgt. Die Nutzung ist kostengünstig und für Jugendliche z.B. in Schulen, Jugendeinrichtungen oder öffentlichen Bücherhallen sogar kostenlos. Im Vergleich zu Printmedien ist eine *aktive* Nutzung möglich, die schriftlichen Austausch erlaubt und gleichzeitig relative Anonymität bewahrt.

Bei der Recherche zu der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Internetseiten, die für Jugendliche bestimmt sind, besucht und analysiert (z.B. www.rauch-frei.info, www.drugcom.de, www.tobaccofreekids.org, www.smokingzine.org). Folgende Punkte wurden dabei für wichtig befunden, damit Jugendliche ein Internetangebot überhaupt wahrnehmen, es nutzen, erneut *besuchen* und an andere Jugendliche weiterempfehlen. Neben einem jugendgerechten und -spezifischen Design und jugendlicher Sprache könnten Sounds und Interaktivität die Attraktivität der Seite erhöhen. Hinsichtlich der verwendeten Sprache, könnte auf die Sprache, die die Zigarettenwerbung einsetzt, um Jugendliche für das Rauchen zu gewinnen, zurückgegriffen werden. Außerdem sollte eine Internetadresse gewählt werden, mit der sich Jugendliche identifizieren und die sie sich leicht merken können. Verlinkungen zu anderen, den Jugendlichen bekannten Seiten könnten das Interesse von Jugendlichen wecken. Generell sollte die Seite benutzerfreundlich ausgerichtet sein, das heißt z.B., dass sie sich auch mit einer langsamen Internetverbindung aufbaut und die gewünschten Informationen leicht zu finden sind.

Ein zusätzlicher Nutzen könnte für Jugendliche dadurch geschaffen werden, dass z.B. Musikdateien oder Handyklingeltöne zum Herunterladen, Spiele, Chatrooms, die Möglichkeit, kostenlos SMS zu verschicken, Gewinnspiele oder E-Grußkarten bereitgestellt werden. Vorteilhaft ist es, wenn die Seite leicht über eine Suchmaschine wiederzufinden ist. Auf Seiten von Schulen oder Jugendeinrichtungen oder auf anderen Jugendseiten wie z.B. www.bravo.de könnte eine Verlinkung zu der Seite des Raucherentwöhnungsangebotes geschaltet werden.

Den Ergebnissen der JIM-Studie 2005 zufolge nutzen Jugendliche das Internet vorrangig, um Informationen zu beschaffen und um mit anderen zu kommunizieren. Dabei spielen das Schreiben, Versenden, Erhalten und Lesen von E-Mails eine besondere Rolle. E-Mails bieten im Vergleich zum Telefonieren einige Vorteile (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2005). Sie können zu jeder Uhrzeit verschickt werden. Es obliegt dem Empfänger, wann er in sein elektronisches Postfach schaut. In den meisten Fällen ist das Schreiben von E-Mails kostengünstiger als das Telefonieren. Dabei kommt es ähnlich wie bei dem Verfassen von SMS nicht darauf an, einen formal korrekten Brief zu schreiben, sondern in kurzen Sätzen die Informationen zu vermitteln. Ist der Empfänger zufällig auch gerade im Internet, kann ein fast zeitgleicher Schriftwechsel erfolgen. Das Schreiben und Versenden von E-Mails erlaubt eine Mischung aus persönlichem aber doch distanzierterem Kontakt (Anmerk. d. Verfass.).

Auch das Medium Mobiltelefon/Handy stellt einen möglichen Zugangsweg zu Jugendlichen dar. Wie beschrieben, nutzen 12-bis 19-jährige Jugendliche das Mobiltelefon/Handy nicht primär zum Telefonieren, sondern zum Schreiben von SMS. Sie sind sowohl mit der Nutzung des Handys als auch mit dem Empfangen und Schreiben von SMS vertraut.

Dies bietet Jugendlichen die Möglichkeit, sich z.B. per SMS für einen Raucherentwöhnungskurs anzumelden – wenn die Möglichkeit angeboten wird. Auf diesem Wege müssten sie nicht direkt, wie z.B. am Telefon oder bei einer persönlichen Anmeldung, mit einer Person sprechen. Das könnte eine mögliche Hemmschwelle für eine Anmeldung verringern. Weitere Vorteile von SMS gegenüber dem Telefonieren entsprechen den Vorteilen von E-Mails gegenüber dem Telefonieren.

Weiterhin kann sich der Kursleiter per SMS an die Jugendlichen wenden, z.B. um eine Anmeldung zu bestätigen oder um andere Informationen zur Organisation oder Planung des Kurses durchzugeben. Im Laufe des Kurses und nach Abschluss kann er auf diesem Wege die Jugendlichen bei ihrem Rauchstopp

unterstützen. Der Kontakt zu den Teilnehmern wird somit gehalten, die Jugendlichen fühlen sich nicht allein gelassen, sondern weiterhin betreut (vgl. Kapitel 5.2.1). Diese (soziale) Unterstützung und Belohnung ist nach dem *Modell der Phasen der Verhaltensänderung* eine wichtige Komponente in den Phasen der Vorbereitung, Umsetzung und Aufrechterhaltung einer Verhaltensänderung (vgl. Kapitel 5.1.1).

5.3.3 Peers und Multiplikatoren

In diesem Kapitel soll auf *Peers* und *Multiplikatoren* sowie deren Rolle beim Zugang zu rauchenden Jugendlichen eingegangen werden. Im ersten Abschnitt wird dargestellt, was *Peers* bzw. *Peergroups* sind und welchen Stellenwert sie für Jugendliche haben. Weiterhin wird beleuchtet, welche Bedeutung ihnen im Zugang zu rauchenden Jugendlichen zukommt. Im zweiten Teil des Kapitels geht es um *Multiplikatoren*. Zunächst wird der Begriff definiert, dann wird darauf eingegangen, wer für diese Funktion in Frage kommt, und welche Möglichkeiten ihr Einsatz im Zugang zu rauchenden Jugendlichen bietet. Anschließend werden Empfehlungen für Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche abgeleitet

Peers

Mit Abschluss der Kindheit und Eintritt in die Jugendphase beginnen Jugendliche ihre sozialen Kontakte über die Familie hinaus auszuweiten. Dabei richtet sich ihr Interesse hauptsächlich auf die Gleichaltrigen oder die so genannten *Peers* (Hurrelmann, 2003; Leppin, 2000).

Als *Peers* werden die direkt Gleichaltrigen, aber auch die Angehörigen der gleichen Generation bezeichnet (Hurrelmann, 2005). Sie sind durch eine weitgehend gleiche Gesinnung, bestimmte Eigenschaften oder Lebensstile, die sie freiwillig teilen, gekennzeichnet. Meist stammen sie aus der gleichen sozialen Schicht (Kern-Scheffeldt, 2005; 23.10.06; Hanewinkel und Pohl, 1998).

„Kinder und Jugendliche orientieren sich in ihrem Verhalten stark an ihrer gleichaltrigen Bezugsgruppe.“ (Ravens-Sieberer et al., 2003, S. 136)

Gleichaltrige oder *Peers* nehmen für Jugendliche eine Art *Schlüsselposition* ein. Sie finden in der *Peer-Group* u.a. Orientierung, Unterstützung und emotionale Geborgenheit, die sie zuvor in der Familie gesucht haben (Hurrelmann, 2005; Ravens-Sieberer, et al., 2003). Die Mehrheit der Jugendlichen fühlt sich von ihren Gleichaltrigen akzeptiert und gemocht, wobei keine relevanten Geschlechts- oder Altersunterschiede festzustellen sind (Ravens-Sieberer et al., 2003). Sie verbindet ein starkes Solidaritätsgefühl, das ihnen Sicherheit und Verstärkung vermittelt (Hurrelmann, 2005; Ravens-Sieberer et al., 2003). Auch bei der Entwicklung von Lebensstilen, der Gestaltung von Freizeitbeschäftigungen und der Herausbildung von Konsumaktivitäten spielt die Beziehung zu Gleichaltrigen eine wichtige Rolle (Hurrelmann, 2005). Hierbei handelt es sich um einen dynamischen, interaktiven Prozess. So suchen Personen nach Pinquart und Silbereisen (2005) *„gezielt Kontexte auf bzw. verändern diese entsprechend ihren Bedürfnissen und Zielen“* (ebd. in Thomasius und Küstner, 2005).

Der starke Bezug von Jugendlichen zu Gleichaltrigen bzw. *Peers* kann sich verschiedenartig auf ihr Verhalten auswirken. Hinsichtlich Risikoverhaltensweisen wird davon ausgegangen, dass die Zugehörigkeit zu einer Gleichaltrigengruppe den „*wichtigsten bisher identifizierten Einflussfaktor*“ darstellt (Janin Jaquat et al., 2001 nach Ravens-Sieberer et al., 2003, S. 136). Risikoverhalten schließt den Konsum von psychoaktiven Substanzen wie Tabak ein (Hurrelmann, 2005; Schmidt, 2001). Für den Konsum von Tabak hat sich der Einfluss sogar als am stärksten herausgestellt (Ravens-Sieberer et al., 2003). Dies gilt sowohl für die Phase des Probierens von Zigaretten als auch für die Habitualisierung des Rauchverhaltens (Flay et al., 1993 nach Vartiainen, 1999). Rauchende *Peers* in der sozialen Umgebung sowie die Anerkennung durch *Peers* haben sich hinsichtlich des regelmäßigen Tabakkonsums als wichtigste Einflussfaktoren herausgestellt (Nutbeam, 1999). Der größte Einfluss der *Peers* zeichnete sich hierbei bei der Altersgruppe der 15-Jährigen ab (Flay et al., 1993 nach Vartiainen E., 1999).

Peers können sowohl negativen als auch positiven Einfluss auf das Verhalten von Betroffenen ausüben. Im Folgenden soll untersucht werden, wie ihre Einwirkung in präventiver oder gesundheitsförderlicher Weise genutzt werden kann. Als konkretes Beispiel dient hierbei der Zugang zu rauchenden Jugendlichen für ein Raucherentwöhnungsangebot. *Peers* können die Bereitschaft eines Jugendlichen erhöhen, mit dem Rauchen aufzuhören (Baranowski et al., 2002). Freunden und Partnern wird dabei sogar ein stärkerer Einfluss zugeschrieben als der Familie (BZgA, 2006).

Anhand des Ansatzes der *Peer-Educators* soll dargestellt werden, welche Vorteile die Ansprache von Jugendlichen über *Peers* mit sich bringt. Als *Peer-Educators* werden gleichaltrige oder gleichgesinnte Jugendliche bezeichnet, die ein spezielles Training zu Beratung, Unterstützung und Information bei jugendspezifischen Fragen und Problemen wie z.B. Sexualaufklärung, Alkohol- oder Substanzkonsum erhalten und anschließend als *Multiplikatoren* gezielt in der Gleichaltrigengruppe eingesetzt werden (vgl. zweiter Abschnitt dieses Kapitels).

Für die Ausbildung von *Peers* als Überbringer von gesundheitsrelevanten Botschaften spricht v.a. deren Glaubwürdigkeit, die über eine größere soziale Nähe, die Jugendliche untereinander haben oder herstellen können, und eine gemeinsame Sprache, die Austausch und Kommunikation untereinander ermöglicht und fördert, hergestellt wird (www.bzga.de, 23.10.06). Die Bedeutung von Sender und Quelle der Botschaft wurde in Kapitel 5.1.5 dargestellt. Sie spielen bei der Veränderung von Einstellungen und Verhalten eine entscheidende Rolle.

Darüber hinaus können sie Rollenmodelle hinsichtlich *guter*, angestrebter Verhaltensweisen darstellen und in ihrer Funktion als *Vorbild* auf Jugendliche Einfluss nehmen. Die Bedeutung des *Rollenlernens* wurde im Zusammenhang mit der *Sozialen Lerntheorie* dargestellt (vgl. Kapitel 5.1.4). Damit könnten sie gleichzeitig als *Innovatoren*, also Personen, die ein in diesem Fall neues Verhalten umsetzen und damit Beispiel für andere sind, agieren (vgl. Kapitel 5.1.6). Außerdem können sie Handlungsanstöße geben, Vorteile eines Verhaltens herausstellen und dazu beitragen, Barrieren für ein bestimmtes Verhalten abzubauen. Diese Komponenten entstammen dem *Modell der Gesundheitsüberzeugung*, welches in Kapitel 5.1.2 beschrieben wurde. Die *Theorie des geplanten Verhaltens/Theorie der Verhaltenskontrolle* ordnet dem Einfluss der sozialen Umwelt auf das Verhalten eine zentrale Bedeutung zu. Da die Anerkennung in der *Peer-Group* und die Motivation, sich nach der sozialen Norm der *Peers* zu richten, für Jugendliche eine

große Rolle spielt, sollte dieser Einfluss in der Gestaltung des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen berücksichtigt werden.

Multiplikatoren

Multiplikatoren sind als „[...] Personen – oder Institutionen – definiert, die empfangene Informationen an mehrere Personen oder Institutionen weiterleiten und dadurch vervielfältigen bzw. multiplizieren“ (BZgA, 2003b, S. 154). Eine andere Definition spricht von einem *Multiplikator* „als eine vortrainierte Person, die ihr Wissen und Können weitergibt, oder auch als Person mit neu erworbenem gesundheitsförderlichen Verhalten, die ihrerseits als Vorbild wirkt und so das erwünschte Gesundheitsverhalten weiter trägt“ (Haisch, 1999 nach Lehmann und Sabo, 2003). Hier wird besonders der Aspekt des Vortrainiert-Seins und der Vorbildfunktion für erwünschtes Verhalten hervorgehoben. *Multiplikatoren* gelten weiterhin „als Verstärker von Absichten und Zielen“, denen in der Prävention und Gesundheitsförderung eine entscheidende Rolle zukommt (BZgA, 2003b, S. 154).

Für die Zielgruppe der rauchenden Jugendlichen kommen als *Multiplikatoren* alle Personen in Frage, die mit dieser Zielgruppe in Kontakt stehen und diesen Kontakt zielgerichtet nutzen. Das können Gleichaltrige oder *Peers*, Lehrer, Gruppenleiter und Eltern sowie Ärzte bis hin zu Journalisten sein. Aber auch Mitglieder von Institutionen wie Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen oder Suchtambulanzen sowie von Netzwerken und Medien können die Funktion von *Multiplikatoren* wahrnehmen. Sie geben Informationen an die angestrebte Person oder Gruppe weiter oder dienen als Vorbild. Ziel ist es, auf ein gewünschtes, gesundheitsförderliches Verhalten einzuwirken. In Kapitel 5.2.1 wurde am Beispiel des Raucherentwöhnungsangebotes *Just be smokefree* beschrieben, wie neben anderen Zugangswegen potentielle Teilnehmer über *Multiplikatoren* angesprochen werden.

Handelt es sich um Gleichaltrige oder *Peers*, die als *Multiplikatoren* eingesetzt werden, kommen v.a. die soziale Nähe, die gemeinsame Sprache und die Vorbildfunktion zum Tragen. Dies wurde genauer im ersten Abschnitt dieses Kapitels beschrieben.

Weiterhin sind Lehrer als *Multiplikatoren* geeignet, da sie ihrer Funktion nach in unweigerlichem Kontakt zu Schülern und damit Jugendlichen stehen und direkten Zugang zu ihnen haben. Ihre Aufgabe liegt darin, Wissen und Verhalten zu vermitteln. Dies bezieht auch gesundheitsrelevantes Wissen und Verhalten mit ein (www.bzga.de, 26.04.06). Die personale Kommunikation zwischen Lehrern und Schülern bietet eine hervorragende Voraussetzung für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen für ein Raucherentwöhnungsangebot. Laut BZgA (2006) sprechen 28 % der Schüler mit den Lehrern über das Rauchen. In dem Zusammenhang können sie z.B. Informationsbroschüren an betroffene Schüler verteilen, auf ein Internetangebot zu dem Thema verweisen oder eine Auftaktveranstaltung für ein Raucherentwöhnungsangebot in der Klasse organisieren (vgl. Kapitel 5.2.1).

Fachleute und Experten, die sich in themenspezifischen Netzwerken zusammengeschlossen haben, können ebenfalls als *Multiplikatoren* fungieren. Auf regelmäßigen Treffen oder über Internetportale, wie z.B. www.prevnet.de, können sie sich austauschen und Informationen und Infomaterialien verbreiten. Auch Journalisten können mittels der Berichte und Artikel und die Art und Weise, wie sie über ein Thema

berichten, auf die Verbreitung relevanter Informationen und darauf, inwieweit diese die angestrebte Zielgruppe erreichen, Einfluss nehmen.

Ableitung von Empfehlungen für ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche

- Der Einfluss von *Peers* sollte unbedingt für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen für eine Raucherentwöhnung genutzt werden.
- Beim Einsatz von *Peers* als *Multiplikatoren* sollten diese vorher für ihre Rolle geschult werden, um ihre Funktion als *Multiplikator* sicherzustellen.
- *Multiplikatoren* in jeder möglichen Form sollten dafür eingesetzt werden, jugendliche Raucher für ein professionelles Hilfsangebot zu gewinnen.
- *Peers* eignen sich besonders gut für die Rolle der *Multiplikatoren*. Aber auch Lehrer und fachbezogene Experten wie Gruppenleiter oder Jugendtrainer sowie Journalisten und andere Meinungsführer sind als *Multiplikatoren* geeignet.
- Der Einsatz von *Peers/Multiplikatoren* sollte mit den Erkenntnissen aus den in Kapitel 5 dargestellten psychologischen Modellen und Theorien verbunden werden.

6 Diskussion möglicher Zugangswege zu rauchenden Jugendlichen und Empfehlungen für das UKE

In Kapitel 5 der vorliegenden Arbeit wurde anhand psychologischer Modelle und Theorien der Verhaltensänderung und von Beispielen aus der Praxis der jugendspezifischen Raucherentwöhnung betrachtet, wie der Zugang zu rauchenden Jugendlichen gestaltet werden sollte. Anschließend wurde auf einige weitere Wege des Zugangs zu der angestrebten Zielgruppe eingegangen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen wurden Empfehlungen für die praktische Umsetzung abgeleitet.

Diese Empfehlungen können als Grundlage für die Gestaltung des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen für das Raucherentwöhnungsangebot am UKE dienen. Sicherlich können nicht alle aufgezeigten Empfehlungen umgesetzt werden. Welche sich im Besonderen für das UKE eignen, muss von den Projektverantwortlichen entschieden werden.

Im folgenden Kapitel sollen einige Empfehlungen hervorgehoben werden, die sich nach Ansicht der Autorin für die Umsetzung am UKE besonders eignen oder wichtig sein könnten. Außerdem soll auf einige weitere entscheidende Aspekte des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen eingegangen werden, um die vorherigen Empfehlungen zu ergänzen und konkreten Bezug auf das Raucherentwöhnungsangebot am UKE zu nehmen.

Zusammenfassung Empfehlungen für das Raucherentwöhnungsangebot am UKE

Unterschiedliche Zugangswege

→ Es sollten unterschiedliche Zugangswege zu rauchenden Jugendlichen genutzt werden, um die Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme am Raucherentwöhnungsangebot am UKE zu erhöhen.

Bekanntmachung des Angebotes

→ Die Existenz des Raucherentwöhnungsangebotes für Jugendliche am UKE sollte verstärkt publik gemacht werden. Nur wenn rauchende Jugendliche von diesem speziellen Angebot wissen oder durch andere darauf hingewiesen werden, können sie eine Teilnahme an einem solchen Angebot in Betracht ziehen.

Empirische Überprüfung

→ Eine regelmäßige, empirische Überprüfung der gewählten Zugangswege sollte von Anfang an eingeplant werden.

Berücksichtigung sozio-demografischer Merkmale

→ Sozio-demografische Unterschiede wie Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status oder Herkunft sollten bei der Gestaltung der Zugangswege berücksichtigt werden. Das heißt, dass z.B. Acht-Klässler auf eine andere Art und Weise angesprochen werden müssen als Schüler der Oberstufe. Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Ansprache stellt die Broschüre *Rauchfrei – Stop smoking Girls/Boys* der BZgA ein gelungenes Beispiel dar (www.bzga.de, 21.09.2006).

Im Rahmen anderer Konzepte

→ Mögliche Zugangswege sollten in Verbindung mit bestehenden Konzepten und Angeboten z.B. zur Primärprävention oder zu verwandten Themen geschaffen werden. So könnte durch Lehrer oder durch die Projektverantwortlichen im Rahmen des Konzeptes *Rauchfreie Schule* auf das außerschulische Raucherentwöhnungsangebot am UKE hingewiesen werden.

Einsatz von Handlungsanstößen

→ Handlungsanstöße, die rauchende Jugendliche zu einer Teilnahme bewegen könnten, sollten bewusst eingesetzt werden. Der Besuch der Internetseite zum Raucherentwöhnungsangebot am UKE, ein speziell entwickelter Informationsflyer oder eine Informationsveranstaltung in Schulen oder in Jugendeinrichtungen stellen einen solchen Handlungsanstoß dar. Wiederholtes Einsetzen solcher Reize kann die Wahrscheinlichkeit, ein Verhalten zu beeinflussen, erhöhen (vgl. Kapitel 5.1.4).

Förderung der Selbstwirksamkeit

→ Die Ausprägung der Selbstwirksamkeit von potentiellen Teilnehmern spielt eine entscheidende Rolle bei der Frage, ob rauchende Jugendliche eine Teilnahme an dem professionellen Raucherentwöhnungsangebot in Betracht ziehen. Es sollte versucht werden, die Selbstwirksamkeit von rauchenden Jugendlichen aufzubauen bzw. zu erhöhen. Dies könnte z.B. mittels *Vorbildern* geschehen, die die Teilnahme an einem Entwöhnungskurs als sehr hilfreich und nicht schwer empfunden haben und dies auch so darstellen (vgl. Kapitel 5.1.3).

Herausstellen von Vorteilen

→ Die Vorteile eines professionellen Raucherentwöhnungsangebotes sollten den rauchenden Jugendlichen bewusst gemacht werden. Dabei sollten nicht nur gesundheitsbezogene, sondern auch andere Vorteile wie das Empfinden eines Freiheitsgefühls oder das Sparen von Geld hervorgehoben werden. Idealerweise sollte die Teilnahme an dem Angebot des UKE für die Jugendlichen die effektivste und wirksamste Methode darstellen, mit dem Rauchen aufzuhören.

Abbau von Barrieren

→ Mögliche von den rauchenden Jugendlichen empfundene Barrieren bzgl. einer Teilnahme sollten so weit wie möglich abgebaut werden. Dabei kann es sich um subjektiv empfundene Barrieren handeln, die z.B. in Verbindung mit der Information über die Kursinhalte und –abwicklung abgebaut werden können.

Einstufung nach dem TTM

→ Die Ansprache von rauchenden Jugendlichen sollte sich danach richten, in welchem Stadium des Transtheoretischen Modells der Phasen der Verhaltensänderung (TTM) sie sich gerade befinden. In erster Linie sollten diejenigen angesprochen werden, die sich in der Vorbereitungsphase befinden (vgl. Kapitel 5.1.1).

→ Speziell dafür entwickelte Fragebögen könnten in bestehende Umfragen z. B. im Rahmen des Konzeptes *Rauchfreie Schule* integriert werden.

→ Die Broschüre *Ja, ich werde Nichtraucher – Starthilfen in ein nikotinfreies Leben* der BZgA stellt ein gutes Beispiel für eine Ansprache nach den Stadien des TTM dar (www.bzga.de, 21.09.2006).

Informationsmedien

→ Es sollten verschiedene Informationsmedien genutzt werden, um den Zugang zu rauchenden Jugendlichen für das Raucherentwöhnungsangebot zu gestalten. Dabei kann es sich um klassische Medien wie Plakate, Broschüren, Flyer oder Werbespots, aber auch um *neue* Medien wie das Internet oder Mobiltelefone handeln (vgl. Kapitel 5.3.2).

→ Die eingesetzten Medien müssen die angestrebte Zielgruppe erreichen. Das bedeutet, dass sie dort eingesetzt werden, wo sich Jugendliche aufhalten (Schulen, Jugendeinrichtungen, Sportstätten, Fahrschulen, Kinos, Jugendtreffs und/oder Diskotheken). Darüber hinaus müssen sie die Aufmerksamkeit der Zielgruppe gewinnen.

→ Bei der inhaltlichen und grafischen Gestaltung von Informationsmedien sollten die Erkenntnisse aus Kommunikationsmodellen berücksichtigt werden. Das Modell der überzeugenden Kommunikation z.B. behandelt die zentrale Frage *Wer sagt was mit welchem Medium zu wem mit welchem (Verhaltens-)Ziel?* (vgl. Kapitel 5.1.5).

Information

→ Die Quelle einer Information sollte eine möglichst hohe Glaubwürdigkeit vermitteln, um die Attraktivität der Information sicherstellen. Als Quelle einer Botschaft kommen eine Einrichtung wie das UKE, Informationsmedien aber auch Personen wie *Peers*, direkte Bezugspersonen wie Lehrer bis hin zu Journalisten in Frage.

→ Außerdem muss die beabsichtigte Botschaft speziell auf die Empfänger ausgerichtet und die Form der Ansprache zielgruppenspezifisch gestaltet sein.

→ Es sollte ein für die Zielgruppe passender Informationskanal oder ein passendes Informationsmedium z.B. das Internet gewählt werden. Gleichaltrige können dabei neben den klassischen Medien ein geeignetes Medium darstellen (vgl. Kapitel 5.1.5).

Nutzung des Internets

→ Eine Internetseite zum Raucherentwöhnungsangebot am UKE sollte erstellt werden.

→ Das Internet stellt einen zeit- und ortsunabhängigen virtuellen Treffpunkt dar und erlaubt den Besuchern, bis zu einem gewissen Punkt ihre Anonymität zu bewahren. Dadurch können evtl. Hemmschwellen, an dem Angebot teilzunehmen, abgebaut werden. Gleichzeitig wird der Kontakt zu und die Unterstützung von den rauchenden Jugendlichen ermöglicht und eine individuelle Vorgehensweise gewährleistet.

→ Die Internetseite sollte jugendgerecht gestaltet sein (Sprache, Aufmachung etc.) und über interaktive Beteiligungsmöglichkeiten und jugendgerechte Animationen verfügen, um die Attraktivität der Seite für Jugendliche zu erhöhen. Informationen zum Thema Rauchen/Raucherentwöhnung sollten bereitgestellt und über Rubriken wie *Games* oder *News* die Jugendlichen dazu gebracht werden, die Seite erneut zu besuchen. Austausch unter den Teilnehmern des Angebotes und anderer Jugendlicher sollte mittels eines *Forums* oder einer *Community* ermöglicht werden.

Zugang im Setting

→ Jedes Setting, in dem sich rauchende Jugendliche aufhalten, sollte für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen genutzt werden.

→ Das Setting Schule kann für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen prädestiniert sein. Findet der Kurs in der Schule statt, bleibt den Teilnehmern des Angebotes die Anreise erspart. Weiterhin können vorhandene Räume von den Veranstaltern genutzt werden. Lehrer und engagierter Schüler sollten in die Rekrutierung von Teilnehmern einbezogen werden.

Zugang über das Medium Schülerzeitungen

→ Schülerzeitungen stellen ein gutes Medium dar, um in Kontakt zu Schülern/Jugendlichen zu treten, da sie von Schülern für Schüler gemacht sind. Die Schüler/Jugendliche fühlen sich einbezogen und könnten dadurch zur Teilnahme motiviert werden. Stehen Schüler/Jugendliche hinter dem Angebot, wird es attraktiver und die Hemmschwelle zur Teilnahme könnte gesenkt werden.

Zugang über Dritte

→ Der Zugang zu rauchenden Jugendlichen sollte über Dritte erfolgen, die Kontakt zu der Zielgruppe haben. Dabei kann es sich um Lehrer, Betreuer, Gruppenleiter etc. handeln. Die Rekrutierung von Teilnehmern wird an Dritte abgetreten.

Einbezug eines Netzwerkes

→ Der Kontakt zu einem in dem Bereich der Rauchprävention bestehenden Netzwerk kann bei der Verbreitung der Information über das Angebot am UKE und bei der Rekrutierung der Teilnehmer hilfreich sein.

Peers

→ Der Einfluss von *Peers* sollte unbedingt für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen für das Raucherentwöhnungsangebot genutzt werden.

Multiplikatoren

→ *Multiplikatoren* in jeder Form sollten dafür eingesetzt werden, jugendliche Raucher für das professionelle Hilfsangebot am UKE zu gewinnen. *Peers* eignen sich besonders gut für die Rolle der *Multiplikatoren*, aber auch ehemalige Teilnehmer, die gleichzeitig als Vorbilder dienen (vgl. Kapitel 5.1.4 und 5.3.3). Lehrer und fachbezogene Experten wie Gruppenleiter oder Jugendtrainer sowie Journalisten und andere Meinungsführer sind ebenfalls als Multiplikatoren geeignet.

Speziell umsetzungsbezogene Empfehlungen

→ Es kann hilfreich sein, wenn das Entwöhnungsangebot nicht nur vor Ort im UKE, sondern auch in Einrichtungen stattfindet, in denen sich Jugendliche generell aufhalten.

→ Eine kurze Präsentation des Entwöhnungsangebotes in jugendspezifischen Einrichtungen kann direkten Kontakt zu Jugendlichen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, herstellen und Interesse für ein solches Angebot wecken. Eine solche Auftaktveranstaltung sollte jugendgerecht gestaltet sein. Kursinhalte können vermittelt und Hemmschwellen z.B. dadurch, dass sich die Kursleiter persönlich vorstellen, gesenkt werden.

- Die Information über das Raucherentwöhnungsangebot am UKE und der nächstmögliche Kursbeginn sollten zeitnah beieinander liegen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung des beabsichtigten Verhaltens.
- Eine überschaubare Anzahl von Treffen innerhalb kurzer Zeit kann zu einer regelmäßigen und dauerhaften Teilnahme führen.
- Es sollte darauf geachtet werden, dass die Teilnahme an dem Entwöhnungsangebot für Jugendliche mit ihrem Alltag vereinbar ist.
- Während des Entwöhnungsprozesses sollte den teilnehmenden Jugendlichen Unterstützung geboten und der Kontakt zu ihnen aufrechterhalten werden. Dies kann per E-Mail oder über eine Beratungshotline geschehen und die Attraktivität des Angebotes erhöhen.
- Die Ausschreibung einer Verlosung mit Geldpreisen bzw. die Erwartung auf einen Gewinn kann als Anreiz zur Teilnahme dienen (vgl. Kapitel 5.1.4).
- Eine mögliche Hemmschwelle zur Teilnahme kann dadurch abgebaut werden, dass die Teilnahme kostenlos ist.

Weitere Empfehlungen für das Raucherentwöhnungsangebot am UKE

Gestaltung eines niedrigschwelligen Angebotes

Handelt es sich bei der angebotenen Maßnahme um ein niedrigschwelliges Angebot, wird dies mögliche Hemmschwellen von rauchenden Jugendlichen senken, an dem Raucherentwöhnungsangebot teilzunehmen. *Niedrigschwellig* bedeutet, möglichst viele Barrieren für eine Teilnahme im Vorwege abzubauen (Anmerk. d. Verfass.) (vgl. Kapitel 5.1.2). Es sollten folgende Dinge beachtet werden:

- Die Anmeldung sollte so einfach wie möglich erfolgen können. So könnte sie über mehrere Wege angeboten werden (z.B. per Telefon, Post, Fax, Internet, E-Mail und SMS). Ein vorgedrucktes Anmeldeformular verringert den Aufwand für die potentiellen Teilnehmer. Das Porto könnte vom Empfänger übernommen und ein Rückumschlag beigelegt werden, um möglichst hohe Anonymität zu gewähren.
- Es sollte überlegt werden, ob eine Einverständniserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen unbedingt erforderlich ist (Mermelstein, 2003). Rauchende Jugendliche könnten Hemmungen haben, diese bei ihren Eltern/Erziehungsberechtigten einzuholen.
- Bei Bedarf einer Einverständniserklärung sollte auf eine unkomplizierte formelle Abwicklung geachtet werden. Vordrucke könnten der Anmeldekarte beiliegen oder die Einverständniserklärung in die Anmeldekarte integriert sein, so dass nur die entsprechenden Angaben eingetragen und die Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten ergänzt werden müssen.
- Für die Teilnehmer sollte das Angebot kostenlos oder eine direkte Kostenübernahme durch die Krankenkassen gewährleistet sein.
- Sollte eine Kursgebühr anfallen, sollte auf eine unkomplizierte und vielfältige Zahlungsweise geachtet werden.

→ Die Dauer des Raucherentwöhnungsangebotes könnte eine Hemmschwelle für rauchende Jugendliche darstellen. Im Falle von mehrmaligen Treffen sollten die Vorteile dieser Verfahrensweise herausgestellt werden.

Auswahl des Veranstaltungsortes

Die Lage des Veranstaltungsortes, die Einrichtung, die den Kurs ausrichtet, bzw. die Assoziationen, die die potentiellen Teilnehmer damit verbinden, können Auswirkungen auf die Nachfrage eines Angebotes haben.

Einerseits kann es von großem Wert sein, wenn das Raucherentwöhnungsangebot auf dem Gelände des UKE stattfindet. Das UKE genießt einen hohen Bekanntheitsgrad, und positive Assoziationen wie Professionalität, Hilfe und Forschung werden mit dem UKE verbunden. Außerdem ist es von ganz Hamburg aus gut zu erreichen. Andererseits könnte es als Krankenhaus, mit dem Krankheit, Unannehmlichkeiten und Tod verbunden werden, eine eher abschreckende Wirkung auf potentielle Teilnehmer haben. Weiterhin könnte die Weitläufigkeit des UKE-Geländes eine Hemmschwelle darstellen. Das Projekt *Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung* ist im Uniklinikum offiziell bei der Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien im Zentrum für psychosoziale Medizin angesiedelt. Dies könnte negative Assoziationen bei potentiellen Teilnehmern auslösen und sie daran hindern teilzunehmen.

→ Es sollte darauf geachtet werden, dass der Veranstaltungsort so einfach und unkompliziert wie möglich zu erreichen ist. Eine Anfahrtsskizze und ein Lageplan könnten in jeglichen Informationsmedien zum Angebot und im Internet abgebildet und z.B. beim Pförtner erhältlich sein.

Im Falle, dass Auftaktveranstaltungen zu dem Entwöhnungsangebot in Schulen oder anderen Einrichtungen stattfinden, sollte dort genau erklärt werden, wie der Veranstaltungsort zu erreichen ist. Evtl. sollten (persönliche) Anfahrtspläne verteilt oder auf der UKE-Internetseite eine Verlinkung auf die Internetseite des Hamburger Verkehrsverbundes geschaltet werden (vgl. www.hvv.de).

→ Bei der Auswahl des Veranstaltungsortes sollte auf gute Erreichbarkeit im Allgemein, aber auch im Speziellen mit öffentlichen Verkehrsmitteln geachtet werden, da viele Jugendliche keinen Führerschein oder kein Auto besitzen. Die Haltestellen in unmittelbarer Umgebung sollten in Verbindung mit den Informationen zum Angebot genannt werden.

→ Wenn das Raucherentwöhnungsangebot in den Räumlichkeiten der Drogenambulanz des UKE stattfindet, sollten die Assoziationen, die Eltern und Jugendliche damit in Verbindung bringen könnten, bedacht werden. Alternativ könnte die Maßnahme an einem neutralen Ort auf dem UKE-Gelände oder an einem externen Ort wie z.B. in Schulen oder Jugendeinrichtungen stattfinden.

→ Da in einer Großstadt wie Hamburg die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass die Mehrzahl der Teilnehmer mit öffentlichen Verkehrsmitteln zum Veranstaltungsort kommen muss, könnte eine Kostenübernahme der Fahrkarte als Incentive nach regelmäßiger Teilnahme in Erwägung gezogen werden – vorausgesetzt, dass nur eine Minderheit bereits eine Monatskarte besitzt. Dabei ist zu bedenken, wer für die anfallenden Kosten aufkommen könnte. Zum Beispiel könnten die Hamburger Verkehrsbetriebe als Sponsor gewonnen werden.

Auswahl des Zeitpunktes der Veranstaltung

Auch der Zeitpunkt des Raucherentwöhnungsangebotes sollte mit Bedacht gewählt werden. So hat sich gezeigt, dass ein Angebot, welches in der Schule stattfindet, eher während als außerhalb der Unterrichtszeit besucht wird (Mermelstein, 2003). Schulexterne Angebote, die außerhalb der Schulferien stattfanden, konnten höhere Teilnahmezahlen verbuchen als während der Ferienzeit (Telefonkontakt mit Heyn, April 2006).

→ Bei der Auswahl des Veranstaltungszeitpunktes sollte auf die Situation der Jugendlichen eingegangen werden. Das bedeutet, dass Unterrichtszeiten, Schulferien, Prüfungstermine und z.B. Anfahrtszeiten berücksichtigt werden sollten.

→ Findet das Angebot in der Schule oder in einer Jugendeinrichtung statt, sollte der Zeitpunkt konform mit anderen Unterrichtseinheiten oder Angeboten für die anwesenden Schüler/Jugendlichen gewählt werden. Für Schüler wäre eine Teilnahme besonders attraktiv, wenn die Maßnahme während der Unterrichtszeit stattfände und sie für die Teilnahme am Kurs freigestellt würden.

7 Schlussbetrachtung

In der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Empfehlungen für den Zugang zu rauchenden Jugendlichen für ein Raucherentwöhnungsangebot gegeben. Es wurden psychologische Modelle und Theorien der Verhaltensänderung beschrieben und untersucht, inwieweit diese auf die Gestaltung von Zugangswegen zu Jugendlichen anzuwenden sind. Weiterhin wurden Beispiele aus der Praxis der Raucherentwöhnung für Jugendliche und die in ihnen genutzten Zugangswege dargestellt. Auch die Rolle des Settings Schule, von Medien und Peers/Multiplikatoren hinsichtlich des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen wurde hervorgehoben. Die in Kapitel 5 abgeleiteten Empfehlungen wurden durch die Beschreibung weiterer Aspekte des Zugangs, die unmittelbar für das Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche am UKE relevant sein könnten, ergänzt.

Um Verhaltensweisen von Jugendlichen besser verstehen zu können, wurde im Vorwege ein Einblick in die Besonderheiten dieser Lebensphase *Jugend* gegeben. Ergänzend wurde auf die Epidemiologie des Raucherverhaltens bei Jugendlichen eingegangen und anschließend dargestellt, wie Raucherentwöhnungsangebote für Jugendliche ausgerichtet sein sollten und warum Konzepte für erwachsene Raucher nicht einfach auf Jugendliche übertragen werden können.

Die erarbeiteten Empfehlungen sollen zum einen als Grundlage für die konkrete Gestaltung des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen für das Entwöhnungsprogramm am UKE dienen. Zum anderen können sie auf andere Angebote oder Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung für Jugendliche übertragen werden, bei denen die Frage des Zugangs zur Zielgruppe von ebenso wichtiger Bedeutung ist.

Es sollte deutlich gemacht werden, dass alleiniges Wissen um die negativen Auswirkungen einer Verhaltensweise nicht ausreicht, um rauchende Jugendliche zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. Die große Herausforderung besteht darin, ein Angebot so zu gestalten, dass Jugendliche es als attraktiv und subjektiv sinnvoll erachten. Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass der Erfolg einer Maßnahme von der Effektivität des Zugangs zur erwünschten Zielgruppe abhängt.

Bereits während der praktischen Zusammenarbeit und im fachlichen Austausch mit den Projektverantwortlichen am UKE wurde mir die große Relevanz der bearbeiteten Fragestellung bewusst. Durch den Kontakt zu weiteren Experten auf diesem Gebiet im In- und Ausland wurde mir das große internationale Interesse an dem Thema deutlich. Auch die vom Bundesministerium für Gesundheit im März dieses Jahres vorgelegte *Expertise zur aktuellen Bestandsaufnahme zur Tabakentwöhnung bei jugendlichen Rauchern und Raucherinnen* (Lindinger, 2006) unterstreicht das nationale gesundheitspolitische Interesse an Raucherentwöhnungsangeboten für jugendliche Raucher.

Neben der Befragung von erwachsenen Experten auf diesem Feld könnte eine Befragung von jugendlichen Experten, also der Betroffenen selbst, neue und hilfreiche Erkenntnisse bringen, die bisher vielleicht gar nicht oder unzureichend berücksichtigt wurden. Sie selbst können am besten beurteilen, unter welchen Voraussetzungen sie sich für ein Angebot wie das am UKE interessieren, zur Teilnahme anmelden und dabei bleiben würden. Eine solche Befragung könnte an einzelnen Schulen, idealerweise im Rahmen der Umsetzung des Konzeptes *Rauchfreie Schule* stattfinden. Außerdem könnte sie in andere themenähnliche Befragungen wie z.B. den Hamburger SCHULBUS integriert werden.

Die Unterteilung der Zielgruppe Jugend in weitere Untergruppen sowohl für den Zugang als auch für das Angebot selbst erscheint sehr sinnvoll. Sie sollte nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht, soziale Herkunft, z.B. über die verschiedenen Schulformen, geschehen. Unbedingt erforderlich ist meiner Meinung nach die langfristige Ausweitung bzw. Fokussierung solcher Maßnahmen im Besonderen auf die Gruppe der sozial Benachteiligten. So sollten neben Gymnasien verstärkt Haupt- und Berufsschulen für die Rekrutierung von Teilnehmern für ein Raucherentwöhnungsangebot einbezogen werden.

Darüber hinaus sollte untersucht werden, inwieweit Marketing- und Werbestrategien im Allgemeinen für die Gestaltung des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen genutzt werden könnten. Im Besonderen sollten die Strategien der Tabakindustrie, deren Effektivität unbestritten ist, auf die Anwendbarkeit für präventive und gesundheitsförderliche Zwecke wie ein Raucherentwöhnungsangebot für Jugendliche untersucht werden.

Des Weiteren muss ein sekundärpräventives Angebot wie eine Raucherentwöhnung speziell für Jugendliche zum einen von den Experten auf dem Gebiet gefordert und getragen werden. Zum anderen muss es aber auch politisch zumindest auf regionaler, am besten aber auf Bundesebene gewollt sein und vorangetrieben werden. Dass sowohl zu der Gestaltung des Zugangs zu rauchenden Jugendlichen für ein Raucherentwöhnungsangebot als auch hinsichtlich des Inhaltes solcher Angebote großer weiterer Forschungsbedarf besteht, ist während der Ausarbeitung der vorliegenden Arbeit deutlich geworden. Ich hoffe, dass dieser Bedarf schnellstmöglich gedeckt wird.

Literaturverzeichnis

- Augustin, R., Metz, K., Heppekausen, K. und Kraus, L. (2005): Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003., SUCHT, 51 (Sonderheft 1), S. 40–48
- Baranowski, T., Perry, C. L. und Parcel, G. S. (2002): How individuals, environments, and health behavior interact. Social cognitive theory., in: Glanz, K., Rimer, B. K. und Lewis, F. M. (Hrsg.): Health Education and Health Behavior. Theory, Research and Practice., Jossey-Bass: San Francisco/CA, S. 165–209
- Batra, A. (2000): Tabakabhängigkeit: Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten., Steinkopff: Darmstadt
- Baumgärtner, T. (2004): Rauschmittelkonsumerfahrungen der Hamburger Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2004 – Zusammenfassender Basisbericht zur Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln (SCHULBUS)., Behörde für Wissenschaft und Gesundheit und Behörde für Bildung und Sport der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburg
- Baumgärtner, T. (2005): Epidemiologie des Drogengebrauchs bei Jugendlichen und Heranwachsenden in Hamburg 2005. – Zusammenfassender Basisbericht der Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln. Hamburger SCHULBUS. Teilmodul SchülerInnenbefragung., Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., Hamburg
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2003): Jugendschutzgesetz. Teil I, § 1.1.2, Berlin
- BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2005): Drogen- und Suchtbericht., Berlin
- BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2006): Drogen- und Suchtbericht., Berlin
- Bühler, A. (2005): Risikoverhalten im Jugendalter: Normative und problematische Entwicklungen. No risk – no development?, in: Rometsch, W. und Sarrazin, D. (Hrsg.): No risk – no fun. Risikokompetenz im Jugendalter., 23. Jahrestagung, Forum Sucht, Band. 35, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster, S. 7–16
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2000): Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung., Köln
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Jugendliche Raucher. Veränderungen des Rauchverhaltens und Ansätze für die Prävention. Ergebnisse der Wiederholungsbefragung „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung., Köln
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003a): Auf dem Weg zur rauchfreien Schule. Ein Leitfaden für Pädagogen zum Umgang mit dem Rauchen., Köln
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003b): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung., 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung., Teilband Rauchen, Köln
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2005): Neue Ergebnisse zur Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen., Köln
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2006): Förderung des Nichtrauchens. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung., Köln
- Chiolero, A. und Schmid, H. (2002): Repeated self-reported injuries and substance use among young adolescents: the case of Switzerland., Sozial- und Präventivmedizin, 47, S. 295–329
- Colby, S. M., Tiffani, S. T., Shiffman, S. und Niaura, R. S. (2000): Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence., Drug and Alcohol Dependence, 59 (1), S. 83–85
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2005): Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen., Bonn

- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2004): Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe., 3. überarbeitete Auflage, Heidelberg
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Rigotti, N. A. et al. (2002): Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study., *Tobacco Control*, 11, S. 228–235
- Dobusch, G. (2005): Wo bitte geht es hier zum Gender?., *Zeitung für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.*, Nr. 23/05, S. 2–3, Hamburg
- Dozois, D. N., Farrow, J. A. und Miser, A. (1995): Smoking patterns and cessation motivations during adolescence., *International Journal of the Addictions*, 30, 11, S. 1485–1498.
- Finnegan, J. R. und Viswanath, K. (2002): Communication Theory and Health Behavior Change., in: Glanz, K., Rimer, B. K. und Lewis, F. M. (Hrsg.): *Health Education and Health Behavior. Theory, Research and Practice.*, Jossey-Bass: San Francisco/CA, S. 361–388
- Flay, B. R. et al. (1983): Cigarette smoking: Why do young people do it and ways of preventing it., in: Firestone, P. and McGrath, P. (Hrsg.): *Pediatric and adolescent behavioural medicine.*, New York, S. 132–183
- Flay, B. R. (1993): Youth tobacco use: risk, patterns and control., in: Slade, J. and Orleans, C. T. (Hrsg.): *Nicotine addiction: principals and management.*, New York: Oxford University Press, S. 132–183
- Franzkowiak, P. (1986): Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen. Der Stellenwert von Rauchen und Alkoholkonsum im Alltag von 15 bis 20-Jährigen., Springer: Berlin
- Haberlandt, M. et al. (1995): Risiken und Chancen der Entwicklung im Jugendalter., in: Kolip, P., Hurrelmann, K. und Schnabel, E. P. (Hrsg.) (o. J.): *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche.*, Juventa: Weinheim, München, S. 87–109
- Hanewinkel, R. und Pohl, J. (1998): Werbung und Tabakkonsum. Wirkungsanalyse unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen., *Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.*, IFT-Nord, Kiel
- Hanewinkel, R. (2003): Inhaltliche, konzeptionelle und organisatorische Bedingungen einer erfolgreichen schulischen Prävention des Rauchens., *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 46, S. 677–682
- Hauk, S. (o. J.): Project EX., *Substance Abuse and Mental Health.*, Services Administration Center Substance Abuse Prevention, U. S. Department of Health and Human Services
- Heppekausen et al. (2001): Methoden und Ergebnisse der Raucherentwöhnung von jugendlichen Rauchern – eine Übersicht., *Prävention*, 24, S. 44–47
- Hermann, U. (2005a): Feel Ok. Ein internetbasiertes Präventionsprogramm für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren – Ausstiegshilfe für rauchende Jugendliche., *Züri Rauchfrei*, Fachstelle für Tabakprävention, Zürich
- Hermann, U. (2005b): Auf dem Weg zur rauchfreien Schule. Leitfaden und Umsetzung., *Züri Rauchfrei*, Fachstelle für Tabakprävention, Zürich
- Heyn, M. (2004): Willst du auch eine? Das Würzburger Rauchausstiegsprogramm für Jugendliche., *ProJugend 2*, S. 24–25.
- Heyn, M. (2006): Telefon- und E-mailkontakt mit der Verfasserin im April 2006
- Hohm, E., Laucht, M. und Schmidt, M. H. (2005): Soziale und individuelle Determinanten des Tabakkonsums im frühen Jugendalter., *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33 (3), S. 227–235
- Hurrelmann, K. und Bründel, H. (1997): Drogengebrauch, Drogenmißbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit., *Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt*
- Hurrelmann, K. (1998): Tabakprävention und Tabakentwöhnung bei Kindern und Jugendlichen., *Sucht*, 44 (1), S. 4–14
- Hurrelmann, K. (2002): Legale und illegale Drogen – Wie kann ihr Mißbrauch verhindert werden?, in: Petermann, H. und Roth, R. (Hrsg.): *Sucht und Suchtprävention*, Logos: Berlin, S. 9–21
- Hurrelmann, K. (2003): Vorwort des Herausgebers., in Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.): *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO.*, Juventa: Weinheim, München, S. 5–6
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. und Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003): *WHO-Jugendgesundheitssurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland.*, o. O.

- Hurrelmann, K. (2005): Lebensphase Jugend., 8. Auflage, Juventa: Weinheim, München
- Isensee et al. (o. J.): Just be Smokefree: Das Raucherentwöhnungsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene., o. O.
- Janz, N. K., Champion, V. L. und Strecher, V. J. (2002): The health belief model., in: Glanz, K., Rimer, B. K. und Lewis, F. M. (Hrsg.): Health Education and Health Behavior. Theory, Research, and Practice., Jossey-Bass: San Francisco/CA, S. 45–66
- Jessor, R. (Hrsg.) (1998): New perspectives on adolescent risk behaviour., Cambridge: University Press
- Jessor, R., Turbin, M. S. und Costa, F. M. (1999): Protektive Einflussfaktoren auf jugendliches Gesundheitsverhalten., in: Kolip, P. (Hrsg.) (1999): Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter., Juventa: Weinheim, München, S. 41–69
- Keller (1999): Einführung., in: Keller, S. (Hrsg.): Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis., Lambertus: Freiburg i. Br., S. 11–16
- Kern-Scheffeldt, W. (2005): Peer-Education und Suchtprävention., SuchtMagazin 5/05, o. O.
- Klocke, A. und Becker, U. (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen., in: Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.): WHO-Jugendgesundheitsurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland., o. O.
- Kolip, P., Nordlohne, E. und Hurrelmann, K. (1995): Jugendgesundheitsurvey 1993., in: Kolip, P., Hurrelmann, K. und Schnabel, E. P. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche., Juventa: Weinheim, München, S. 25–48
- Kolip, P. (1999): Gesundheitliche Risikoverhalten im Jugendalter: Epidemiologische Befunde und Ansätze zur Prävention., in: Kolip, P. (Hrsg.): Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter., Juventa: Weinheim, München, S. 7–24
- Kolip, P. (2000): Tabak- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen. Entwicklungstrends, Prävalenzen und Konsummuster in den alten Bundesländern., in: Leppin, A., Hurrelmann, K. und Petermann, H. (Hrsg.): Jugendliche und Alltagsdrogen, Konsum und Perspektiven der Prävention., Luchterhand: Neuwied, Berlin, S. 24–44
- Kröger, C. und Heppekaufen, K. (2002): Förderung des Nichtrauchens bei jungen Rauchern – Ergebnisbericht., IFT-Berichte Band Nr. 135, Institut für Therapieforschung, München
- Laging, M. (2005): Assessment und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen., Prävention 1 (05), S. 9–12
- Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Suchtpräventionszentrum (Hrsg.) (2005): Auf dem Weg zur rauchfreien Schule. Hinweise für die Realisierung der rauchfreien Schule in Hamburg und die Umsetzung des generellen Rauchverbots., Hamburg
- Langness, A., Richter, M. und Hurrelmann, K. (2003): Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung., in: Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.) (2003): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO., Juventa: Weinheim, München S. 101–334
- Lehmann, M. und Sabo, P. (2003): Multiplikatoren., in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung., BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 154–156
- Leppin, A., Hurrelmann, K. und Petermann, H. (2000): Schulische Suchtprävention: Status quo und Perspektiven., in: Leppin, A., Hurrelmann, K. und Petermann, H. (Hrsg.): Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention., Luchterhand: Neuwied, Berlin, S. 9–21
- Leppin, A. (2000): Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen: Entwicklungsprozesse und Determinanten., in: Leppin, A., Hurrelmann, K. und Petermann, H. (Hrsg.): Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention., Luchterhand: Neuwied, Berlin, S. 64–94
- Lieb, R. et al. (2000): Epidemiologie des Konsums, Mißbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP., Sucht, 46 (1), S. 18–31
- Lindinger, P. (2005): Therapieangebote für junge Raucherinnen und Raucher: Herausforderungen und Erfolge., Fachtagung der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Münster
- Lindinger, P. (2006): Expertise: Aktuelle Bestandsaufnahme zur Tabakentwöhnung bei jugendlichen Raucherinnen und Rauchern., im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin

- Mayhew, K. P., Flay, B. R. und Mott, J. A. (2000): Stages in the development of adolescent smoking., *Drug and Alcohol Dependence*, 49, S. 61–81
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2005): JIM-Studie 2005. Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger., Stuttgart
- Mermelstein, R. (2003): Teen smoking cessation., *Tobacco Control*, 12, S. 25–34
- Mittag, W. und Jerusalem, M. (2000): Prävention von Alkohol- und Medikamentenkonsum in der Schule., in: Leppin, A., Hurrelmann, K. und Petermann, H. (Hrsg.): *Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention.*, Luchterhand: Berlin, S. 162–194
- Montano, D. E. und Kasprzyk, D. (2002): The Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior., in: Glanz, K. et al. (Hrsg.): *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice.*, Jossey-Bass: San Francisco/CA, S. 67–98
- Nelsen, C. B. und Wittchen, H. U. (1998): Smoking and nicotine dependence. Results from a sample of 14- to 24-years-old in Germany., *European Addiction Research*, 4 (1–2), S. 42–49
- Nutbeam, D. (1999): Umfassende Ansätze zur Tabakprävention im Jugendalter: Herausforderungen für die Forschung im 21. Jahrhundert., in: Kolip (Hrsg.): *Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter.*, Juventa: Weinheim, München, S. 248–259
- Nutbeam, D. und Harris, E. (2001): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften., Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung (Hrsg. deutsche Übersetzung), Verlag für Gesundheitsförderung: Gamburg
- Oldenburg, B. et al. (1997): Diffusion of Innovations., in: Glanz, K., Lewis, F. M. und Rimer, B. (Hrsg.): *Health behavior and health education: theory, research and practice.*, Jossey-Bass: San Francisco/CA, S. 270–286
- Oldenburg, B. und Parcel, G. S. (2002): Diffusion of Innovations., in: Glanz, K., Rimer, B. K. und Lewis, F. M. (Hrsg.): *Health Education and Health Behavior. Theory, Research and Practice.*, Jossey-Bass: San Francisco/CA, S. 312–334
- Paavola, M., Vartiainen, E. und Puska, P. (2001): Smoking cessation between teenage years and adulthood., *Health Education Research*, 16, S. 49–57
- Pinquart und Silbereisen (2005): Personale Disposition und familiärer Kontext., in: Thomasius, R. und Küstner, U. J. (Hrsg.): *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention.*, Schattauer: Stuttgart, New York, S. 13–20
- Prochaska, J., DiClemente, C. und Norcross, J. (1992): In search of how people change: Applications to addictive behaviors., *American Psychologist*, 47, S. 1102–1114
- Raithel, J. (Hrsg.) (1999): *Unfallursache: Jugendliches Risikoverhalten. Verkehrsgefährdung Jugendlicher, psychosoziale Belastungen und Prävention.*, Juventa: Weinheim, München
- Raithel, J. (2001): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher – ein Überblick., in: Raithel, J. (Hrsg.) (2001): *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention.*, Leske und Budrich: Opladen, S. 11–30
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. und Erhart, M. (2003): Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen., in: Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.): *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO.*, Juventa: Weinheim, München, S. 19–98
- Reese, A. und Silbereisen, R. (2001): Allgemeine versus spezifische Primärprävention., in: Freund, T. und Lindner, W. (Hrsg.): *Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit.*, Leske und Budrich: Opladen, S. 139–162
- Richter, M. und Settertobulte, W. (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen., in: Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.): *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO.*, Juventa: Weinheim, München, S. 99–157
- Roth, M. (2002): Verbreitung und Korrelate des Konsums legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen., *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 10, S. 23–35
- Roth, M., Rudert, E. und Petermann, H. (2003): Prävention bei Jugendlichen., in: Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention.*, Hogrefe: Göttingen, Bern, S. 399–418

- Sack, P. M. und Zeichner, D. (2005): Bedeutung der Familie für Prävention und Frühintervention bei Suchterkrankungen., in: Thomasius, R. und Küstner, U. J. (Hrsg.): Familie und Sucht, Schattauer: Stuttgart, S. 249–258
- Schmidt, B. (2001): Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit., Juventa: Weinheim, München
- Schnabel, P. E. (2001): Belastungen und Risiken im Sozialisationsprozess von Jugendlichen, in: Raithel, R. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention., Leske und Budrich: Opladen, S. 79–95
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens., 3. überarbeitete Auflage, Hogrefe: Göttingen
- Seibt, A. C. (2003a): Transtheoretisches Modell der Phasen der Verhaltensänderung., in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung., BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 233–235
- Seibt, A. C. (2003b): Modell der Gesundheitsüberzeugungen/Health Belief Model., in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung., BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 150–152
- Seibt, A. C. (2003c): Theorie des rationalen Handelns und Theorie des geplanten Verhaltens., in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung., BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 231–232
- Seibt, A. C. (2003d): Soziale Lerntheorie/Sozial-kognitive Theorie., in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung., BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 206–208
- Seibt, A. C. (2003e): Modell der überzeugenden Kommunikation., in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung., BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 152–154
- Seibt, A. C. (2003f): Verbreitung von Innovationen – Diffusionstheorie., in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung., BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz, S. 235–238
- Seibt, A. C. (2006): Theorien für die Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung., Prävention, Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 29, S. 29–32
- Silbereisen, R. K. (1999): Differenzierungen und Perspektiven für Prävention aus entwicklungspsychologischer Sicht., in: Kolip, P. (Hrsg.): Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter., Juventa: Weinheim, München, S. 70–85
- Sniehotta, F. und Schwarzer, R. (2003): Modellierung der Gesundheitsverhaltensänderung., in: Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention., Hogrefe: Göttingen, Bern, S. 678–694
- Sussman, S., Dent, C. W., Severson, H., Burton, D. und Flay, B. R. (1998): Self-initiated quitting among adolescent smokers., Preventive Medicine, 27, S. A19–A28
- Sussman, S., Lichtman, K., Ritt, A. und Pallonen, U. (1999): Effect of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products., Substance Use and Misuse, 34 (11), S. 947–950
- Sussman, S. (o. J.): Theoretical description of our three model programs., E-Mailkontakt mit Sussman am 01.03.2006
- Tossmann, P. (2005): Das Internet in der Prävention des Substanzkonsums., Prävention 04/05, S. 117–120
- USDHHS – United States Department of Health and Human Services (1996): Projected smoking-related deaths among youth – United States., MMWR, 45, S. 971–974
- USDHHS – United States Department of Health and Human Services (2001): Women and smoking: a report of the Surgeon General., Rockville, MD, Public Health Service, Office of Surgeon General, Washington DC

- Vartiainen, E. (1999): Einflußfaktoren auf den Tabakkonsum im Jugendalter., in: Kolip (Hrsg.): Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter., Juventa: Weinheim, München, S. 153–162
- Völker, T. und Thomasius, R. (2006): Gesprächskontakt mit der Verfasserin
- Vogel, C. (2006): E-Mailkontakt mit der Verfasserin im April 2006
- WHO – World Health Organization und Koalition gegen das Rauchen (Hrsg.) (1999): Tabakentwöhnung leichter gemacht. Empfehlungen für Gesundheitsberufe., Heidelberg
- Wiborg, G. und Hanewinkel, R. (1999): Primäre und sekundäre Prävention des Rauchens bei Jugendlichen., in: Keller, S. (Hrsg.): Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis., Lambertus: Freiburg i. Br., S. 103–117
- Wiborg, G., Hanewinkel, R., Isensee, B. und Horn, W-R. (2004): Entwicklung, Implementation und Evaluation eines Programms zur Entwöhnung vom Rauchen für Jugendliche und junge erwachsene Raucher., Gesundheitswesen, 66, S. 433–438

Internetseiten

- www.suchthh.de/alkohol/index.htm, 20.08.2006
- www.bzga.de, 09.02.2006
- www.bzga.de/?uid=320f6586253bafd5f6d0b18f6b31d8c2&id=Seite100, 26.04.2006
- www.bzga.de, 13.06.2006
- www.bzga.de, 26.06.2006
- www.bzga.de, 23.08.2006
- www.bzga.de, 27.08.2006
- www.bzga.de/?uid=8871b35a5be6ada630a44a73a946bb91&id=medien&sid=77, 21.09.2006
- www.bzga.de/?uid=8304921b83fe8eba9e731c3a37dac14e&id=medien, 10.10.2006
- www.feelok.ch, 01.05.2006
- www.ift-nord.de/ift/jbsf, 05.05.2006
- www.langenscheidt.de, 19.11.2006
- www.quit4life.com, 10.05.2006
- www.rauch-frei.ino, 10.05.2006
- www.takecontrol.de, 03.04.2006

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Hamburg, 12. Januar 2007

Annette Rossée