

Möglichkeiten und Grenzen jugendlicher Präventions- und Ausstiegsprogramme

**ARGE Tagung Brennpunkt Tabak,
Pörschach ,04.11.2014
Dipl.-Psych. Peter Lindinger**

**Dipl.-Psych. Peter Lindinger
WAT e.V., DG-Sucht**

Überblick

- **Prävalenzkurven und verhältnispräventive Maßnahmen**
- **Verhaltenspräventive Strategien**
- **Das therapeutische Potenzial hoher Steuern**
- **Barrieren und Ressourcen für den Rauchstopp**
- **Professionelle Angebote zur Tabakentwöhnung**
- **Zusammenfassung und Appell**

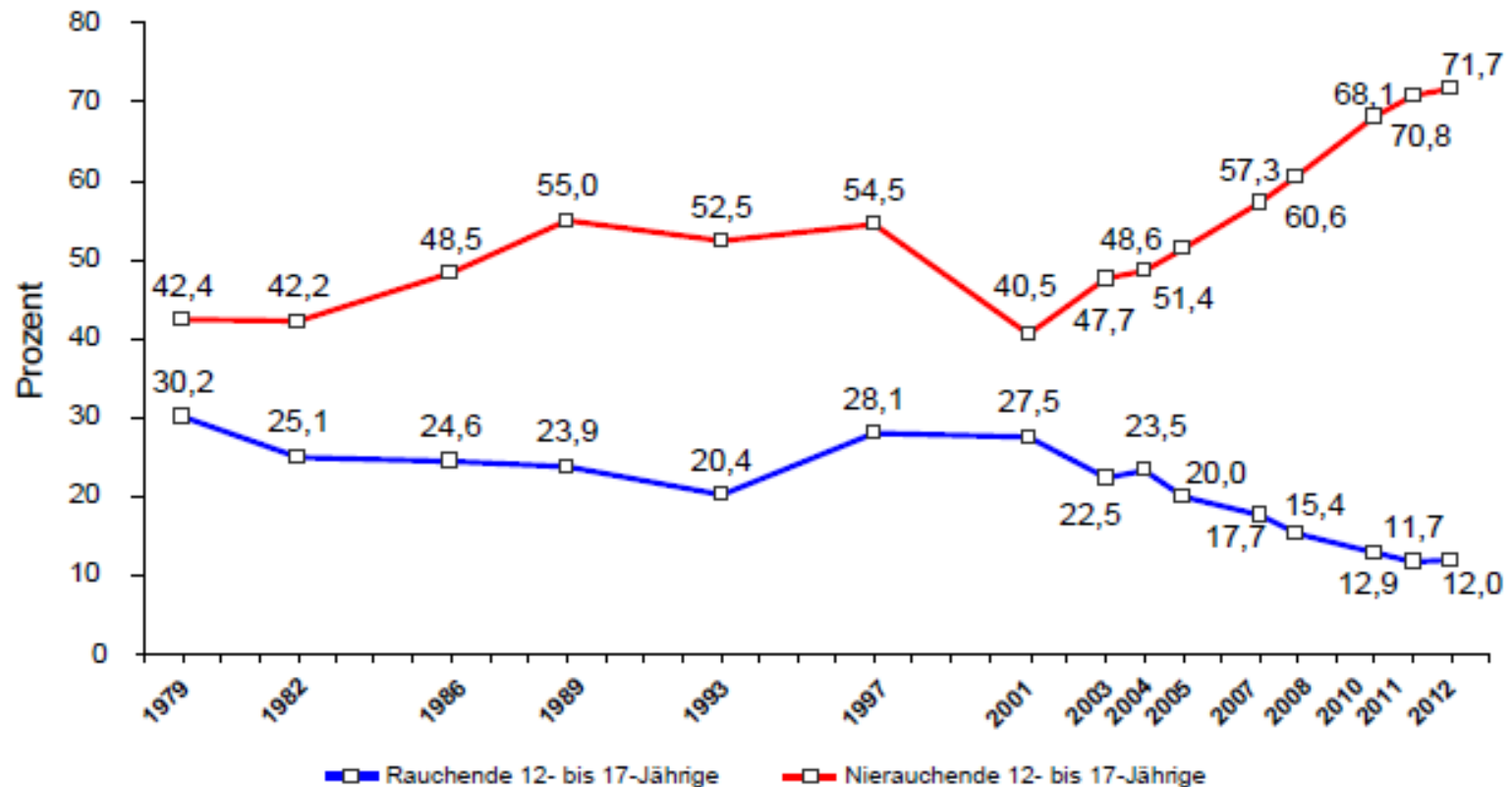
D: Rückgang der Prävalenz seit 1997

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

BZgA

Rauchen und Nierauchen

12- bis 17-jährige Jugendliche von 1979 bis 2012



Ab 1993 einschließlich neue Bundesländer

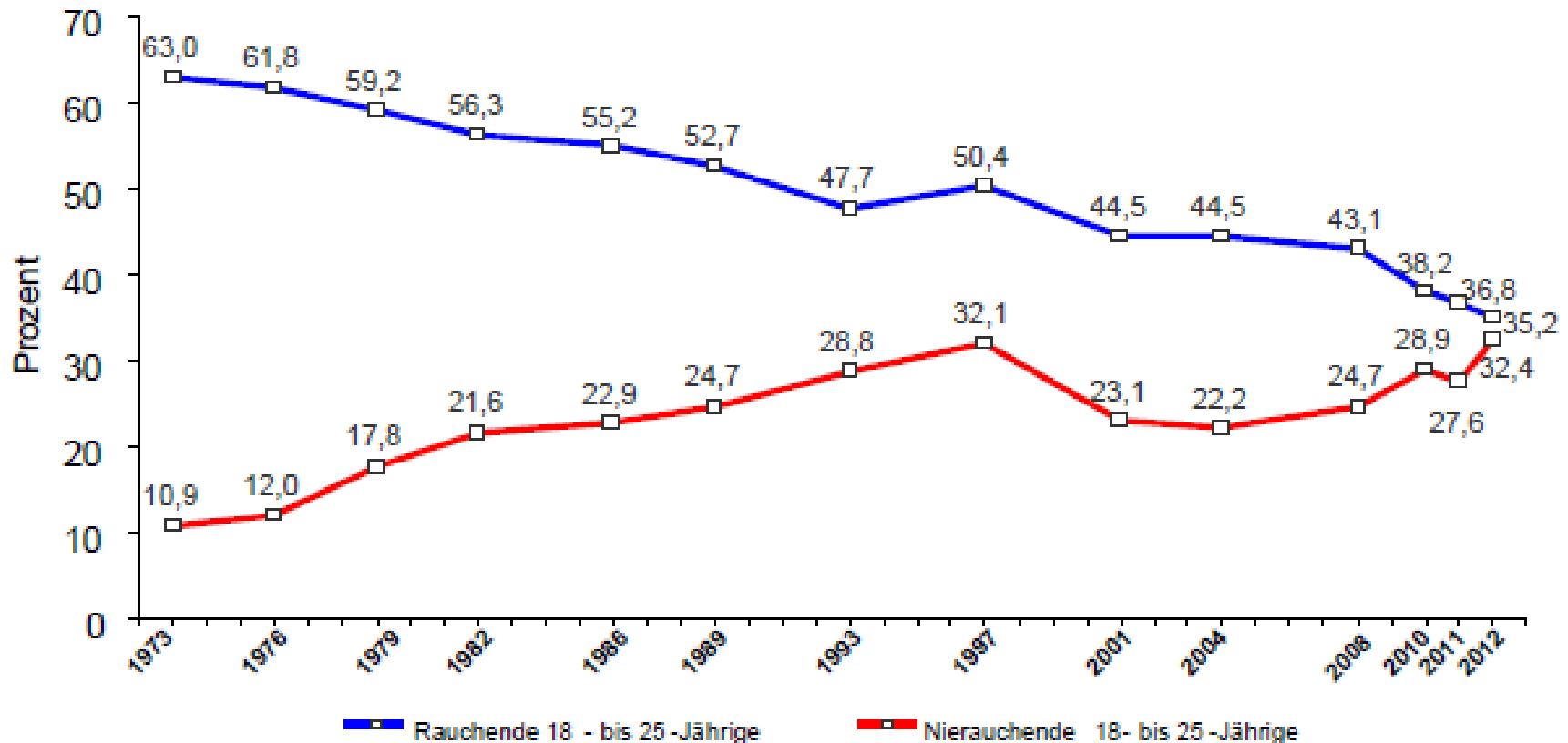
D: Rückgang der Prävalenz seit 1997

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

BZgA

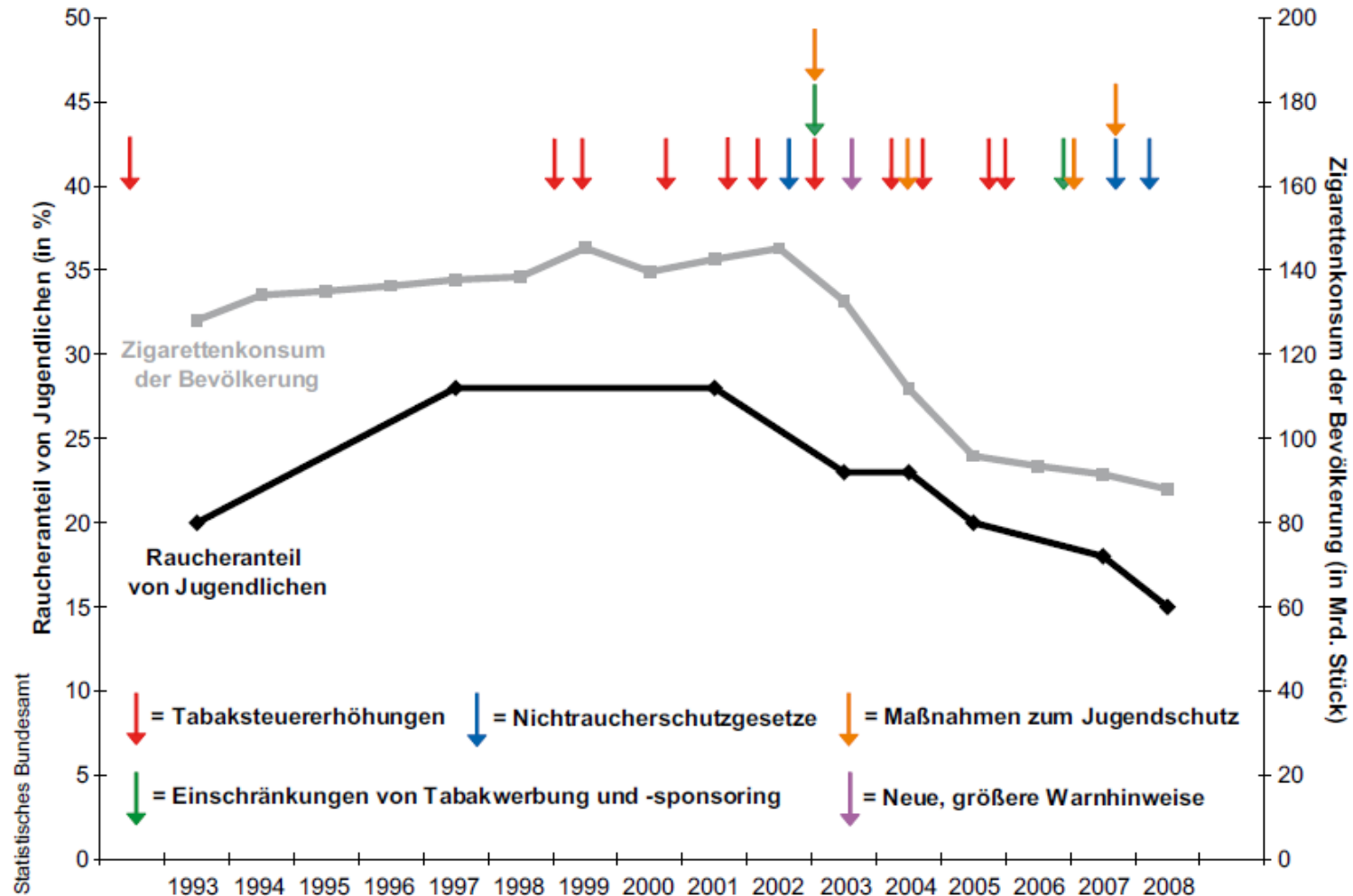
Rauchen und Nierauchen

18- bis 25-jährige Jugendliche von 1979 bis 2012

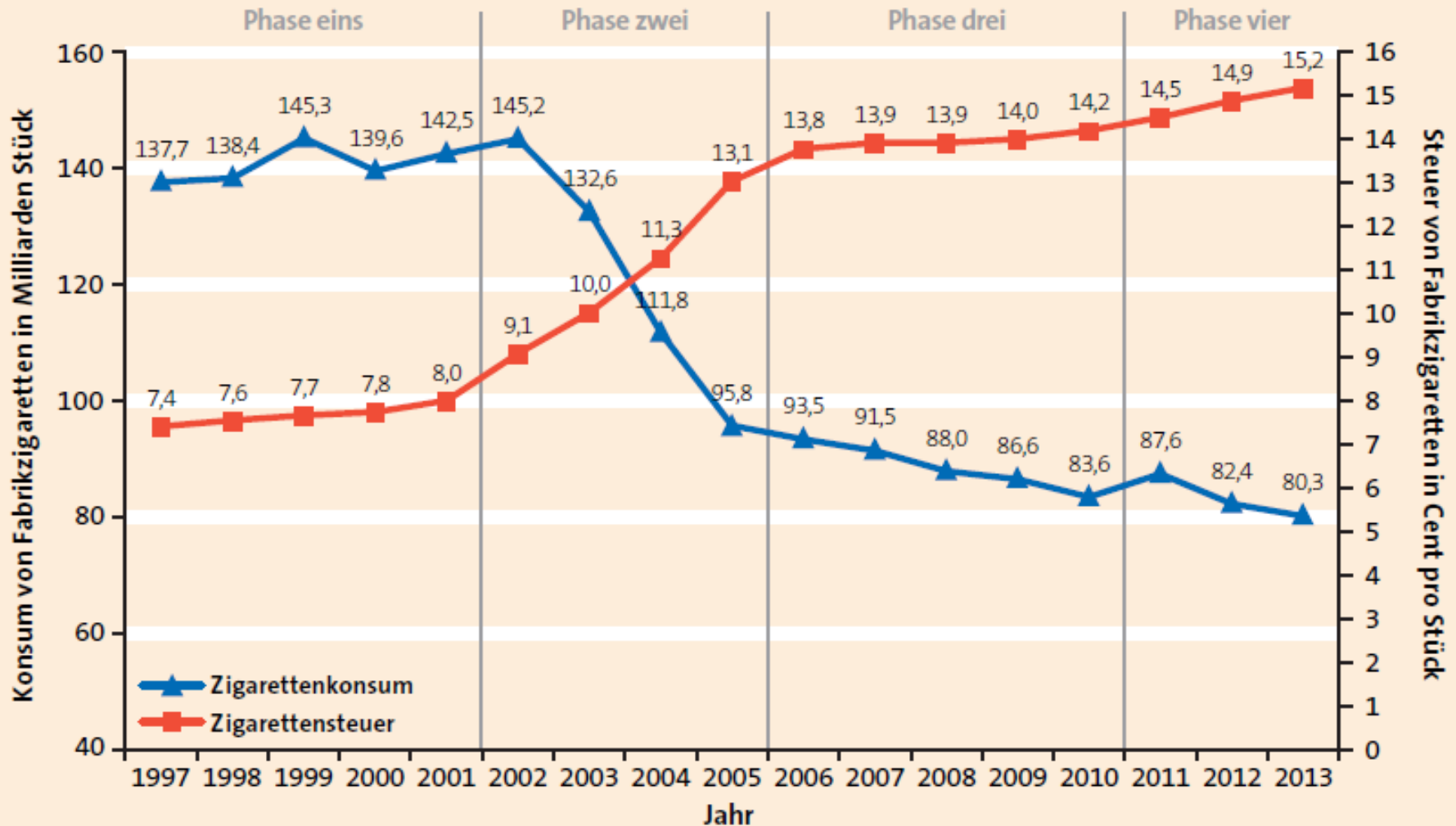


Verhältnisprävention und Tabakkonsum: Zusammenhang Tabakkontrolle & Prävalenz

Tabakkontrollmaßnahmen und deren Wirkung in Deutschland



Inverse Relation Zigarettenkonsum und durchschnittliche Steuer/Zig (aus DKFZ 2014)



Prävalenz während der vier Phasen (DKFZ 2014)

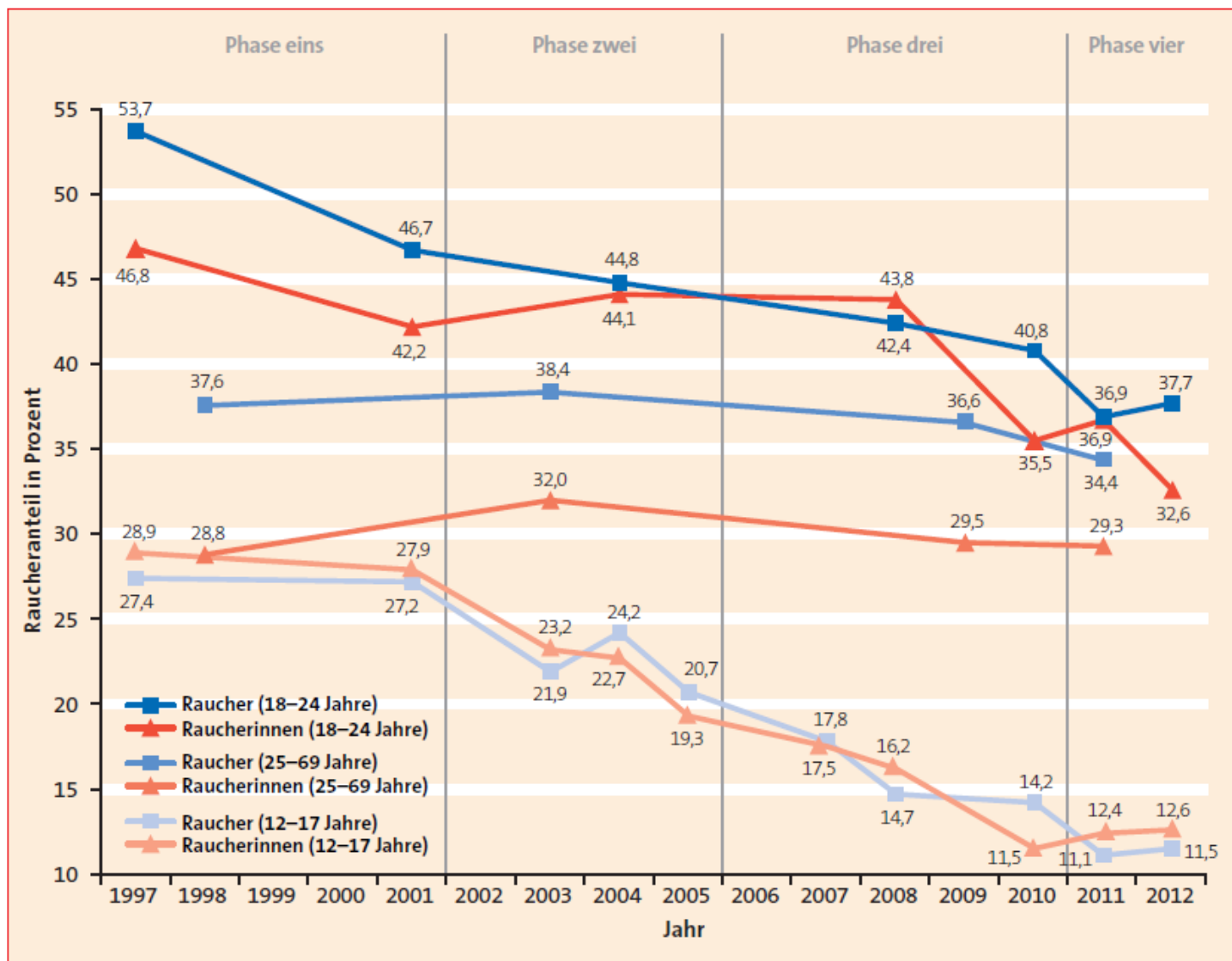


Abbildung 2: Entwicklung des Rauchverhaltens der deutschen Bevölkerung während der vier Phasen der Tabaksteuererhöhungen von 1997 bis 2012. Quellen: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2013³, Lampert et al. 2013⁷, Darstellung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2014

Hypothesen zur Erklärung des sinkender Prävalenz

- **Steuererhöhung (in Verbindung mit anderen Tabakkontrollstrategien)**
- **...insbesondere Werbeverbote**
- **Gesundheitserziehung (incl. Präventionsprogramme) in diversen Settings (v.a. Schule) und Medien**
- **...und wie sieht es mit dem starken (abhängigen) Rauchverhalten aus?**

Anteil stark rauchender Jugendlicher (BZgA, 2009; 2011)

Anteil der stark Rauchenden unter den Konsumierenden (>10 Zig/Tag) ist von 2003 bis 2010 stabil geblieben oder sogar gestiegen

- 2003: 32,2% starke Raucher
- 2010: 37,4% starke Raucher

- 2003: 28,3% starke Raucherinnen
- 2010: 26,2% starke Raucherinnen

→ Kinder/Jugendliche entscheiden sich zunehmend von Anfang an für das Nichtrauchen (soziale Norm), aber wenn sie rauchen, tun sie das nicht weniger intensiv (Tabakabhängigkeit)

Steuer- bzw. Preisgestaltung als Präventionsmaßnahme

- **Höhere Preise für Tabakprodukte** senken die Rauchprävalenz und die Zahl konsumierter Zigaretten
- eine 10%ige Preiserhöhung bei Zigaretten führt in den Industrieländern zu einer Abnahme des Zigarettenkonsums um etwa vier Prozent; bei Jugendlichen um bis zu 13% (nach DKFZ 2014) .
- **Rauchende Jugendliche und junge Erwachsene** sowie Angehörige ökonomisch schwächerer Schichten reagieren stärker auf höhere Zigarettenpreise
- Eine höhere Besteuerung hat einen messbaren Einfluss auf die Ausstiegsmotivation (Beispiel: Neuseeländische Telefonberatung wurde nach einer Steuererhöhung etwa doppelt so stark genutzt. Kosten wurden von 31% der Anrufer als zweithäufigster Ausstiegsgrund genannt)

Sir Richard Peto, WCTOH Singapore 2012



„take-home“ Botschaft: In Frankreich wurde in den letzten 15 Jahren die Tabaksteuer um das **Dreifache** erhöht, was zu einer **Halbierung** des Zigarettenkonsums und einer **Verdoppelung** der Steuereinnahmen geführt habe.

→ Futter für die Gespräche mit der Politik

Verhaltensprävention - was bringen schulische Präventionsprogramme?

- verhaltensorientierte unterrichtsgestützte Tabakprävention ohne weitere Tabakkontrollstrategie hat keine anhaltende Auswirkung auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen (Peterson et al., 2000b; Reid et al., 1992; Rooney and Murray, 1996; Willemsen and de Zwart, 1999).
- Die besten Ergebnisse haben bisher diejenigen Programme, die auf *Lebenskompetenzförderung* beruhen (Botvin, 2000; Nutbeam et al., 1991; Rooney and Murray, 1996).
- bloße Informationsvermittlung der gesundheitlichen Konsequenzen sind weniger effektiv (Bruvold, 1993; Sussman et al., 1995).
- vorteilhaft sind Programme mit Lehrerfortbildungen zur Durchführung und Vermittlung von Tabakpräventionsprogrammen (Lynagh et al., 1997; Rooney and Murray, 1996; Stead et al., 1996).

Beispiele substanzübergreifender Lebenskompetenzprogramme



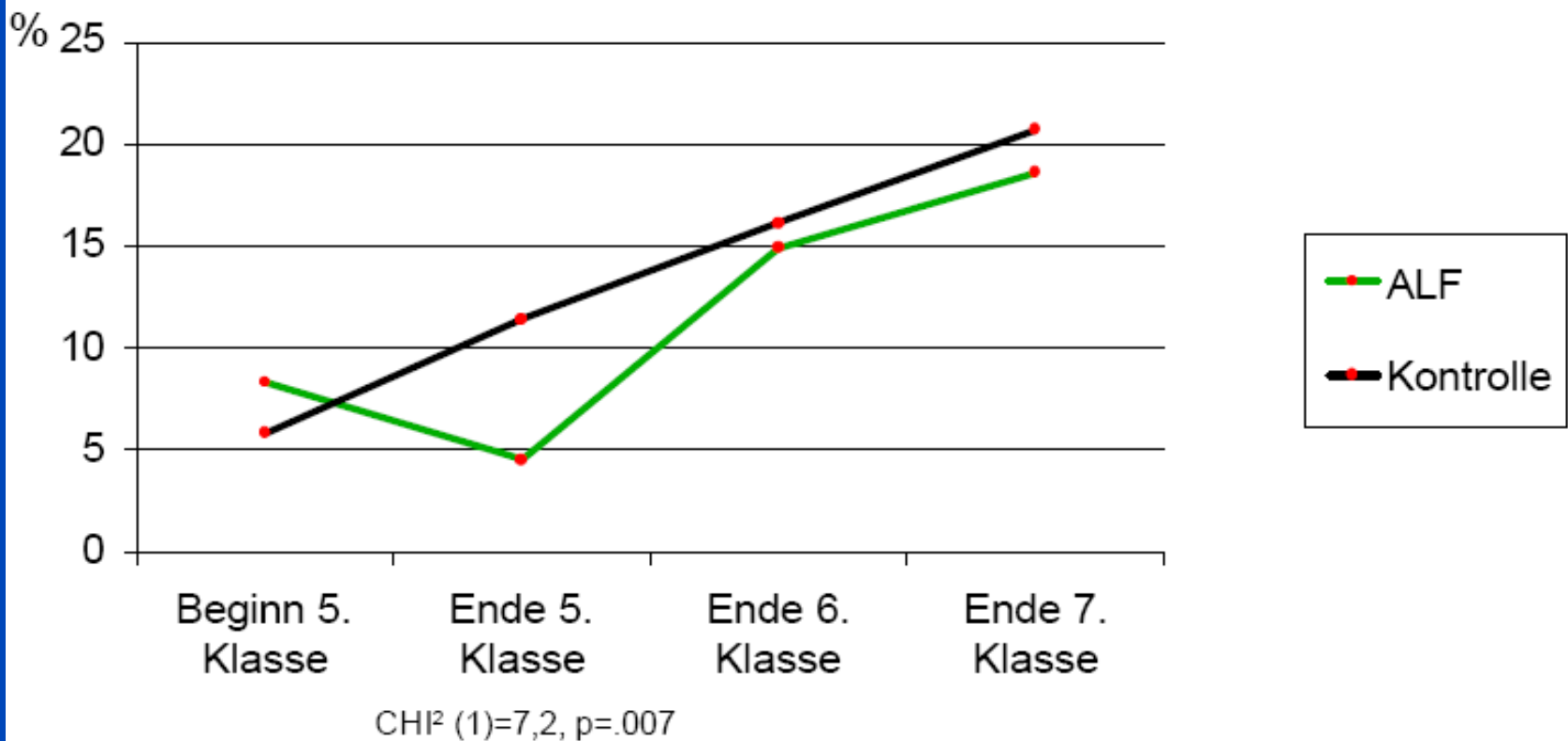
ALF -

Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten

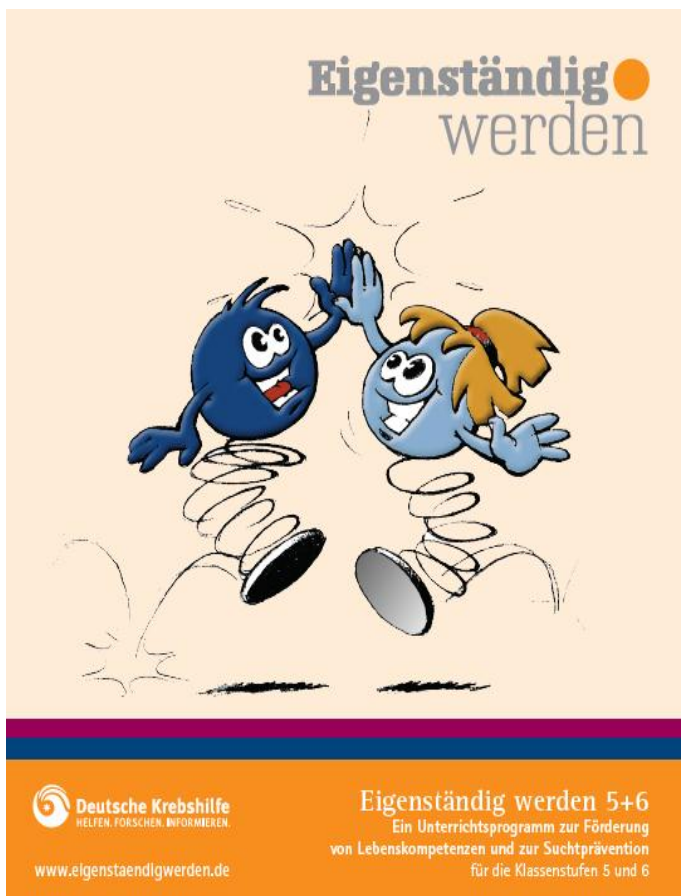
5. Klasse (12 UE)	6. Klasse(6 UE)	7. Klasse (6 UE)
<ul style="list-style-type: none">• Gruppendruck widerstehen• Problemlösung / Entscheidungen treffen• Verbesserung des Selbstbildes• Kommunikationsfertigkeiten, soziale Kontakte• Sich wohl fühlen• Selbstsicherheit• Medien und Werbung widerstehen• Information zu Nikotin und Alkohol	<ul style="list-style-type: none">• Gruppendruck widerstehen• Problemlösung• Positives Selbstbild• Kommunikation und Freundschaften• Angst / Angstbewältigung• Klassenklima verbessern	<ul style="list-style-type: none">• Gruppendruck widerstehen• Problemlösung / mit Frustration umgehen• Selbstwertschätzung / Körperbild• Spaß haben / Kick suchen• Angst / Angstbewältigung• Informationsstunde zu Drogen

Effekte substanzübergreifender Lebenskompetenzprogramme

30-Tage Prävalenz Rauchen



Das Präventionsprogramm *Eigenständig werden* 5+6



Zielgruppe	Schüler der 5. und 6. Klassenstufe
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von suchtspezifischen Inhalten • Förderung der Gruppenentwicklung • Förderung von Lebenskompetenzen
Aufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Je Klassenstufe sieben Unterrichtseinheiten sowie ein suchtspezifischer Aktionsparcours • 5. Klasse Nikotin, 6. Klasse Alkohol • Elternkomponente (Elternbriefe und -abende)
Manual	Lehrkrafthandbuch, ausgearbeitete Unterrichtseinheiten mit Arbeitsblättern, Materialien für die Elternarbeit und CD-ROM mit Kopiervorlagen und ergänzenden Materialien

Prävention als Wettbewerb: BE SMART – DON'T START

- Projektverantwortlich: Prof. Hanewinkel & Team
- Durch die Teilnahme sollen Schülerinnen und Schülern einen Anreiz erhalten, gar nicht erst mit dem Rauchen anzufangen.
- Schülerinnen und Schüler der Klasse entscheiden selbst, ob sie an dem Wettbewerb teilnehmen möchten oder nicht (mind. 90% Zustimmung)
- Anmeldung → Materialien zur Durchführung des Wettbewerbs
- Vertragliche Verpflichtung, während des laufenden Schuljahres nicht zu rauchen (Toleranz bis 10%)
- Regelmäßige Rückmeldung; > 10% Raucheranteil = Ausscheiden aus dem Wettbewerb
- Attraktive Preise

Prävention als Wettbewerb: BE SMART – DON'T START

Tabelle 2: Angemeldete und erfolgreiche Klassen nach Klassenstufen getrennt. 104 Klassen ließen sich nicht eindeutig einer Klassenstufe zuordnen.

Klassenstufen	Angemeldete Klassen	Erfolgreiche Klassen	Erfolgreiche Klassen in Prozent
5. Klasse	468	346	73,93%
6. Klasse	3.578	2.674	74,73%
7. Klasse	4.676	3.293	70,42%
8. Klasse	3.032	1.926	63,52%
9. Klasse	451	268	59,42%
10. Klasse	91	54	59,34%
Oberstufe plus „ohne Angabe“	129	71	55,04%
Gesamt	12.425	8.632	69,47%

BE SMART – DON‘T START

Ergebnisse

208 Klassen; 3.490 Schüler aus 84 Schulen

vier Erhebungen: vor Beginn, direkt im Anschluss, sechs und 14 Monate nach dem Ende

- Zu Beginn der Studie **gelegentlich rauchende TIn** rauchen direkt im Anschluss und ein halbes Jahr nach Wettbewerbs-Ende **seltener** als Jugendliche ohne Teilnahme.
- Teilnehmer werden über den gesamten Studienzeitraum **seltener zu regelmäßigen** Tabakkonsumenten.
- Auswirkungen auf das Rauchverhalten konnten durch eine **wiederholte** Wettbewerbsteilnahme im darauf folgenden Schuljahr **stabilisiert** werden
- Keine Hinweise auf Mobbing

Grenzen der Prävention

- **Hochprävalenz in der erwachsenen Bevölkerung**
- **in D und A weitgehend sozial akzeptiert**
- **abhängiges Rauchverhalten**
- **Strategie der Tabakindustrie**

Therapeutisches Wirkpotenzial der Tabaksteuer?

Thesen

Hohe/höhere Steuern halten (möglicherweise) NR vom Einstieg ab und verstärken (möglicherweise) bei R die Änderungsbereitschaft

Änderungsbereitschaft ist notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen Ausstieg

Änderungsbereitschaft bei Jugendlichen ist inkonsitent

Aber:

Wenn Steuern entsprechend verwendet werden, können sie Sucht heilen helfen

Motivation zum Rauchstopp bei Jugendlichen

- hohes Maß an Ambivalenz und motivationaler Inkonsistenz
- bedauern, überhaupt angefangen zu haben
- befürchten, dass der eigene Wille nicht ausreicht

- **Wichtigste Nachteile des Rauchens:**
 - Kosten
 - unangenehme Gerüche
 - geringere Attraktivität
- **Zentrale Ausstiegsmotive:**
 - geringere Attraktivität (Mädchen)
 - geringere sportliche Leistungen (Jungen)

- **Weitere Motive:** Bitte der Freundin/des Freundes, eigene Erkrankungen oder solche im Umfeld, hohe Preise für Tabakwaren oder hohe Belohnungen für einen Ausstieg

Motivation zum Rauchstopp bei Jugendlichen

- Gründe gg. Ausstieg:
 - Rauchverhalten in der Peergroup
 - subjektive Belastungen und Druck
- Professionelle Tabakentwöhnung müsste:
 - **Autonomie wahren**
 - **ohne Zwänge und starre Vorgaben ablaufen**
- Formen der Vermittlung: Diskussionsrunden, erlebnisreiche Späßelemente, offener Erfahrungs- und Meinungsaustausch
- Inhalte: **persönlicher Gewinn durch Rauchstopps**
- Anforderung Beratende: **partnerschaftlich, vertrauenswürdig, authentisch und engagiert**

Was es bedeutet, wenn Jugendliche sagen, sie wollen aufhören

je intensiver die gefühlte Ambivalenz erlebt wurde, umso vehementer wurde auch der Wunsch aufzuhören formuliert

Merkmale derjenigen, die planen aufzuhören:

- betrachten eigenes Rauchverhalten genauer
- bekennen sich stärker zu einer Verhaltensänderung
- glauben eher an eine erfolgreiche Veränderung
- ersetzen bereits eher das Rauchen durch alternative Verhaltensweisen
- belohnten sich eher für eine Veränderung ihres Rauchverhaltens

die zudem kürzlich einen Aufhörversuch absolvierten:

- haben stärker rauchbezogene Gefühle reflektiert und geäußert
- sich über Folgen des Rauchens für ihre Umwelt Gedanken gemacht

Klassische Prädiktoren für einen erfolgreichen Rauchstopp

- geringere Tabakabhängigkeit bzw. Konsum
-
- geringerer Alkoholkonsum
- höhere Selbstwirksamkeit bzw. Erfolgszuversicht
- Aufhörbereitschaft?
- Rauchverhalten von Eltern und Freunden?

Barrieren und Ressourcen für den Rauchstopp bei Auszubildenden

Jeweils qualitative Inhaltsanalyse von Freitextantworten

• Was war verantwortlich, dass Sie nicht mehr rauchen:

- Sorgen um Gesundheit und körperliche Fitness (n=44, 49 %)
- Kosten (n=25, 28 %)
- Eigene Einstellung (n=16, 18%)

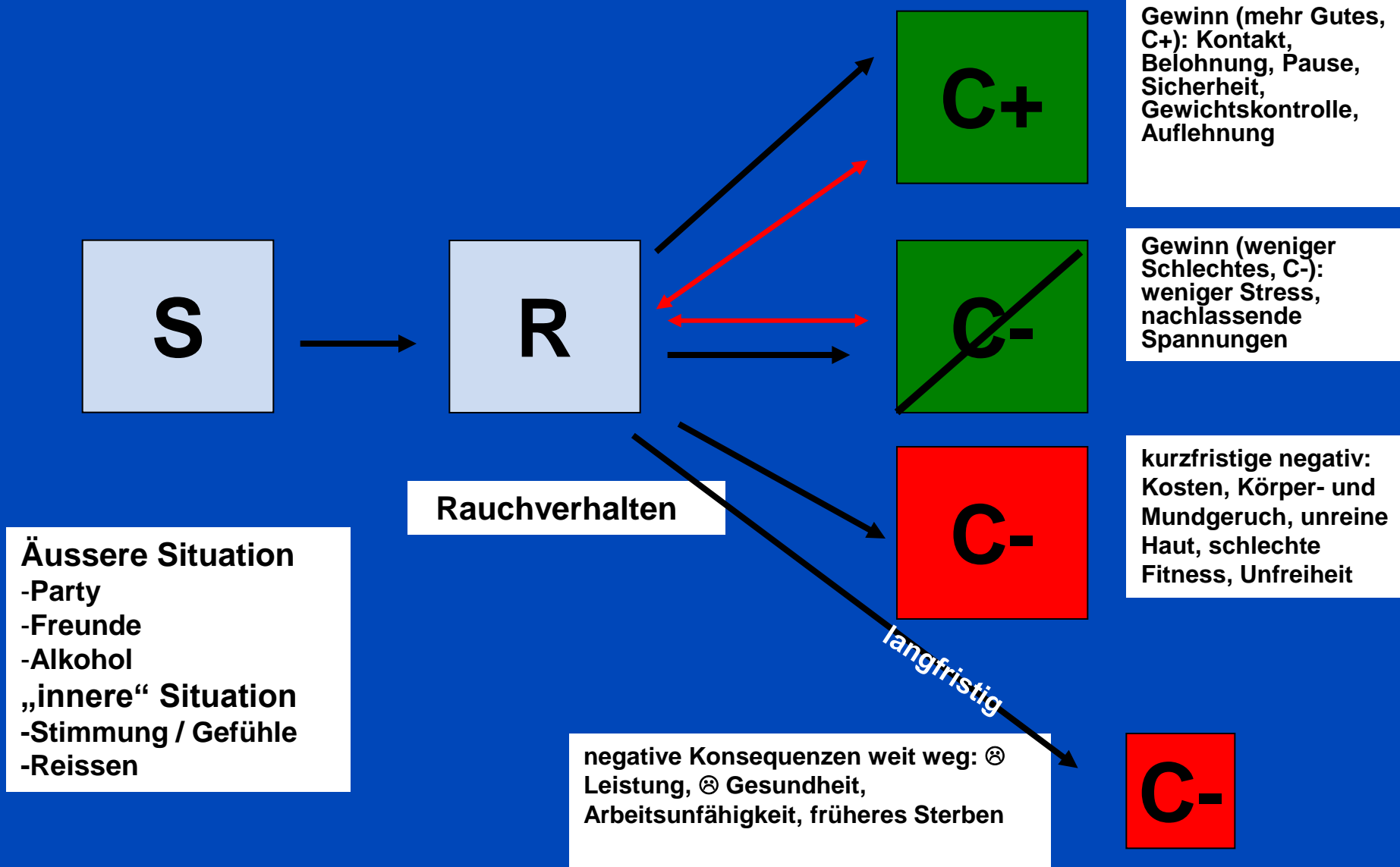
• Was ist verantwortlich, dass Sie weiterräumen:

- Stress (n=136, 29 %),
- instrumentelle Bedeutung des Rauchens (n=135, 29 %)
- Abhängigkeit (n=128, 27 %)
- Umfeld (n=87, 19%)

• Was könnte beim Aufhören helfen:

- Soziale Unterstützung (n=114, 24 %),
- die eigene Einstellung (n=98, 21 %)
- Strategien zur Konsumkontrolle (n=66, 14 %).
- Hilfsmittel/Alternativen (n=26, 5,6%)

Rauchverhalten verstehen – Verhaltensanalyse für TIn von «Aufhören nach Mass»



Rasante Entwicklung von Tabakabhängigkeit bei Jugendlichen

- Bereits **zweieinhalb Monate nach dem ersten Paffen** Anzeichen mentaler Abhängigkeit
- Schon nach etwa fünf Monaten wird von suchttypischem Verlangen („Reissen; craving“) und körperlicher Abhängigkeit berichtet
- Entzugssymptome traten bereits 11 Monate nach dem ersten Paffen auf, wohingegen tägliches Rauchen nach etwa 2 Jahren beobachtet wird.

Zwölf Meilensteine zur Tabakhängigkeit

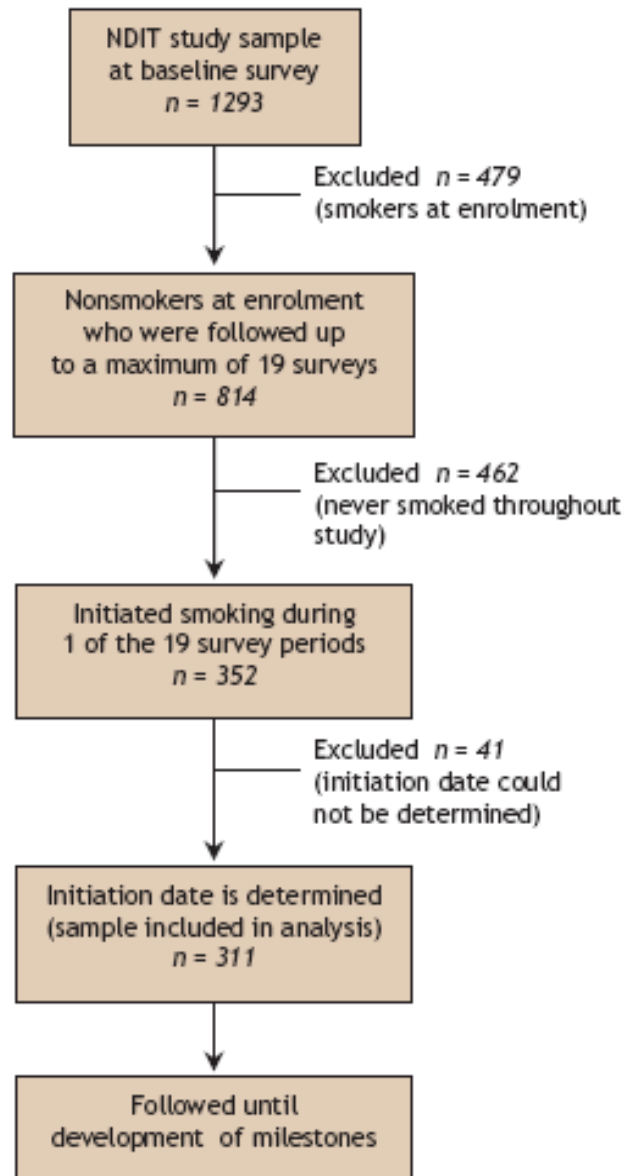


Fig 1: Flow of participants through the study. NDIT = McGill University Study on the Natural History of Nicotine Dependence in Teens.

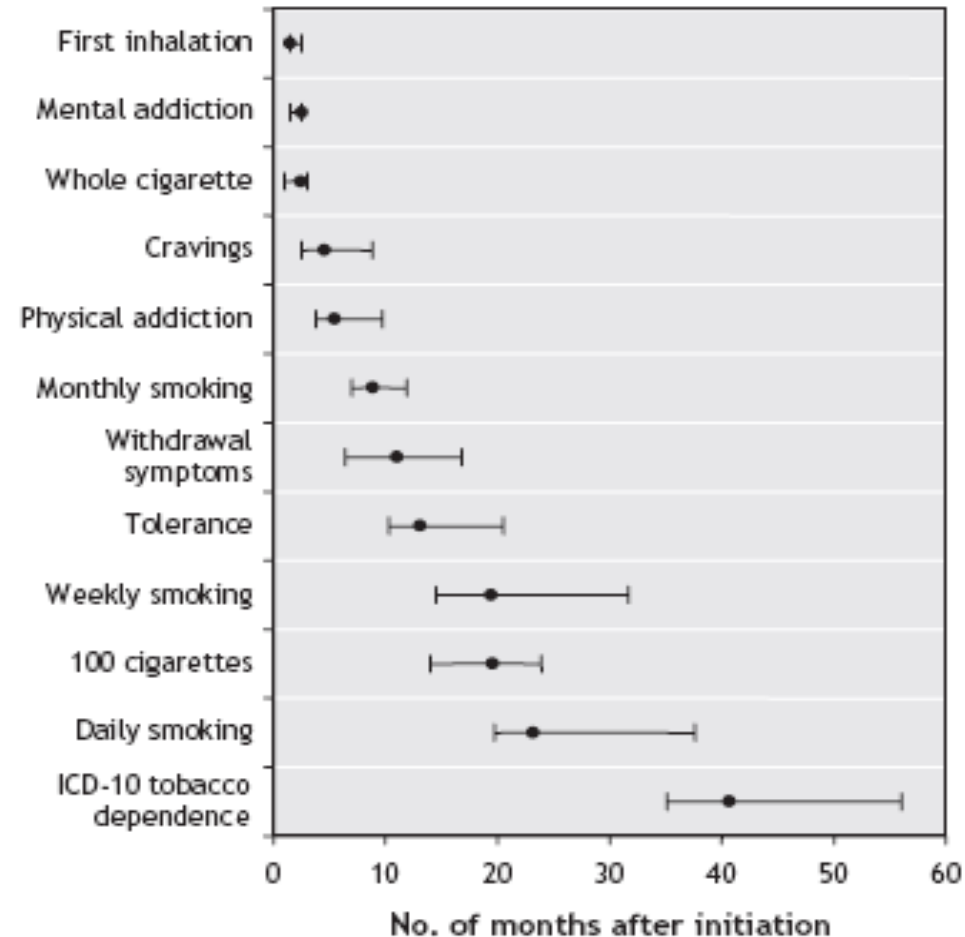


Fig 3: Number of months after initiation of cigarette smoking (first puff) at which the probability of attaining each milestone is 25%. Error bars represent 95% confidence intervals. (See Methods for definitions of the milestones.)

Die entscheidende Frage:

Was hilft?

Metaanalysen von Sussman S & Sun P (2006, 2009) Youth Tobacco Use Cessation

- Absoluter Effekt (11,79% Tx vs. 7,53% KG) = 4,26%
- Absoluter Effekt > 12 Monaten: **6,78%**
- 5 Kategorien von Programmen:
 - Sozialer Einfluss (Tabakindustrie, Werbung, Gruppendruck, ETS)
 - KVT: Protokollierung, Selbstkontrolle, coping
 - Motivierung (TTM, Motivational Interviewing)
 - Medizinische Orientierung (Entzug, Tabakabhängigkeit)
 - Andere (wie Tabakkontrolle, z.B. Einschränkung der Verfügbarkeit)

Sussman S & Sun P (2009)

- häufigste Rekrutierungsstrategien:
 - Mundpropaganda
 - öffentliche Ankündigung
 - Vorsorgeuntersuchung
 - materielle Anreize
 - im Rahmen des Schulunterrichts
 - Einsatz von Postern
- Mit einer direkten, persönlichen Rekrutierungsstrategie z.B. im Klassenzimmer kann ein relativ hoher Anteil von Jugendlichen (> 35%) für die Programme gewonnen werden.
- Wenn Jugendlichen nicht direkt rekrutiert werden, ist die Kombination verschiedener Maßnahmen besser als eine einzelne Maßnahme allein.

Sussman S & Sun P (2009)

- KVT, Interventionen zur Steigerung der Motivation und solche auf der Basis sozialer Einflussnahme (Tabakindustrie!; Werbung) sind effektiv
- Interventionen im Klassenverband, an Schulen insgesamt und im medizinischen Setting sind effektiv
- computerunterstützte Interventionen sind „vielversprechend“ durch die Kombinationsmöglichkeiten Internet, SMS und Telefon.
- Gruppenprogramme mit 5 - 8 Treffen liefern die besten Ergebnisse
- Medikamentöse Therapien waren in 5 von 7 Vergleichsstudien nicht effektiv

Sussman S & Sun P (2009): Empfehlungen zur Gestaltung jugendspezifischer Programme

- *Sie sollten in einem spezifischen und strukturierten Kontext stattfinden, mind. 5 Sitzungen umfassen und den Jugendlichen Spaß machen*
- Inhaltlich sollten **Informationen zum Ausstiegsprozess** vermittelt, **Ambivalenz aufgelöst** und **Stressbewältigung** (incl. Umgang mit Reissen) auf möglichst vielen Kommunikationskanälen vermittelt werden
- Die Behandlung jugendlicher Raucher folgt ähnlichen Wirkprinzipien (außer medikamentöse Hilfen), **unterscheidet sich in der praktischen Umsetzung** aber von der Behandlung Erwachsener

Hutchinson Study of High School Smoking: Peterson et al. 2009

- 50 High schools wurden randomisiert
- Tx: proaktive Telefonberatung (3x MI + 6x KVT, je ca. 15min) plus spezielle Medien + Website
- Kontrollgruppe: ohne Intervention
- inkludiert wurden Raucher (tgl./gelegentlich) + eine selektierte Stichprobe von Nichtrauchern
- primäres Erfolgsmaß: 6 Monate anhaltende Abstinenz nach 12 Monaten

Hutchinson Study of High School Smoking: Peterson et al. 2009

- 1. proaktive Identifikation von (mindestens monatlichen) Rauchern im Rahmen der Gesamtbefragung**
- 2. proaktiver Kontakt mit den Eltern von minderjährigen Teilnehmern, um die Teilnahmeerlaubnis einzuholen**
- 3. proaktive Rekrutierung aller identifizierten und für die Intervention in Frage kommenden Raucher durch die Telefonberater**
- 4. individuelle, proaktive Telefonberatung**
- 5. adjuvante Printmedien und eine altersgerechte Website zur Tabakentwöhnung.**

▪ 6 Monate anhaltende Abstinenz nach 1 Jahr:

- alle Raucher: 21,8% vs. 17,7%, $p = .06$
- tgl. Raucher: 10,1% vs 5,9%, $p = .02$
- stärkerer Effekt bei Jungen: Differenz 6,3%, $p = .006$

▪ 1-M-PP nach 1 Jahr

- 11,9% vs. 20,4%, $p=.006$,
- bei Jungen 11,1% vs. 23,8%

Wie erklären die Autoren den Erfolg?

(Petersen et al. 2009)

1) Motivational Interviewing berücksichtigt und fördert die Motivationslage von Jugendlichen bei Wahrung des Wunsches nach Autonomie. In Kombination mit KVT werden auch die Änderungskompetenzen ausreichend gestärkt.

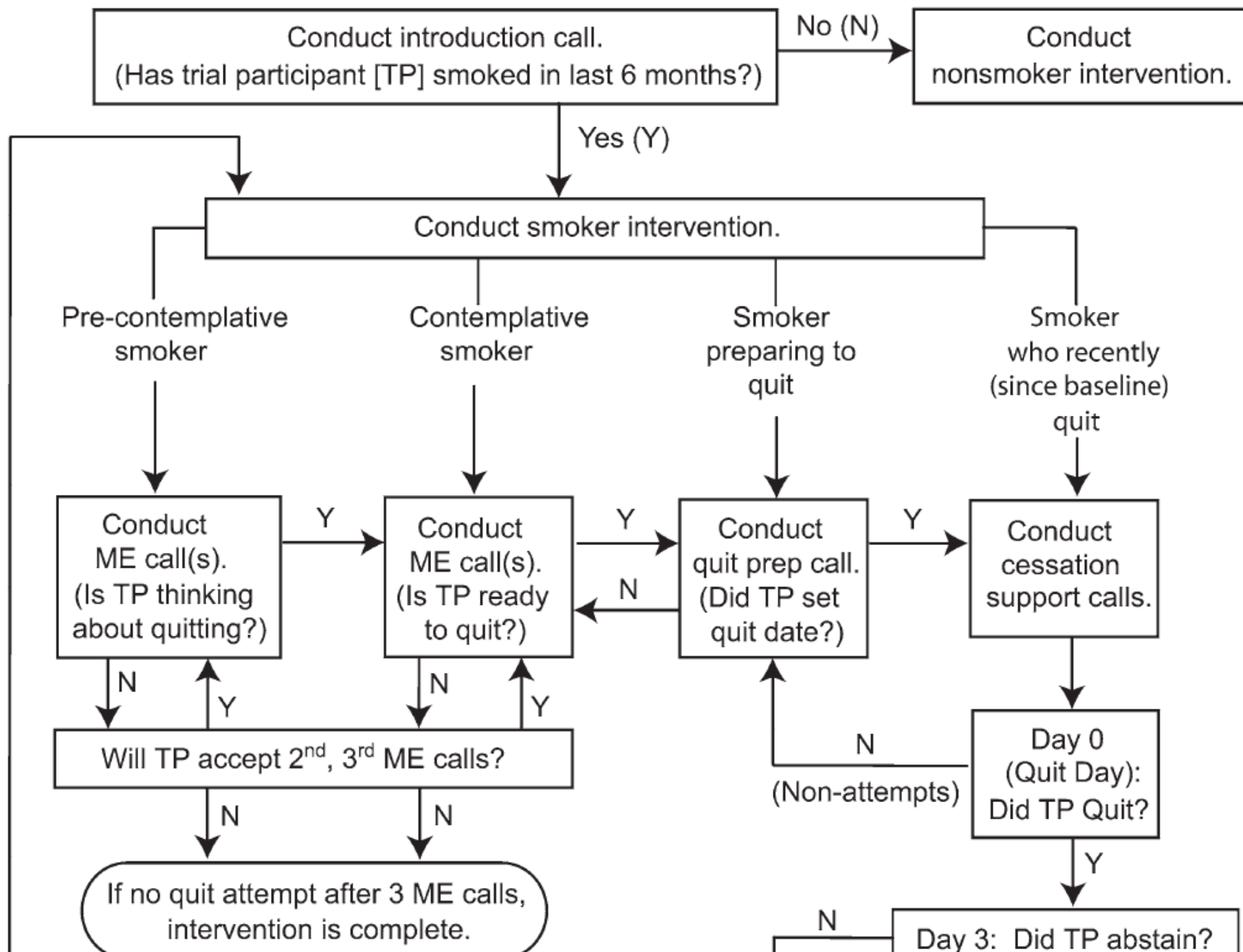
2) Die individuelle und personalisierte Intervention, die relevante Individual-Bedürfnisse fokussiert

3) proaktives Vorgehen in jeder Phase der Intervention

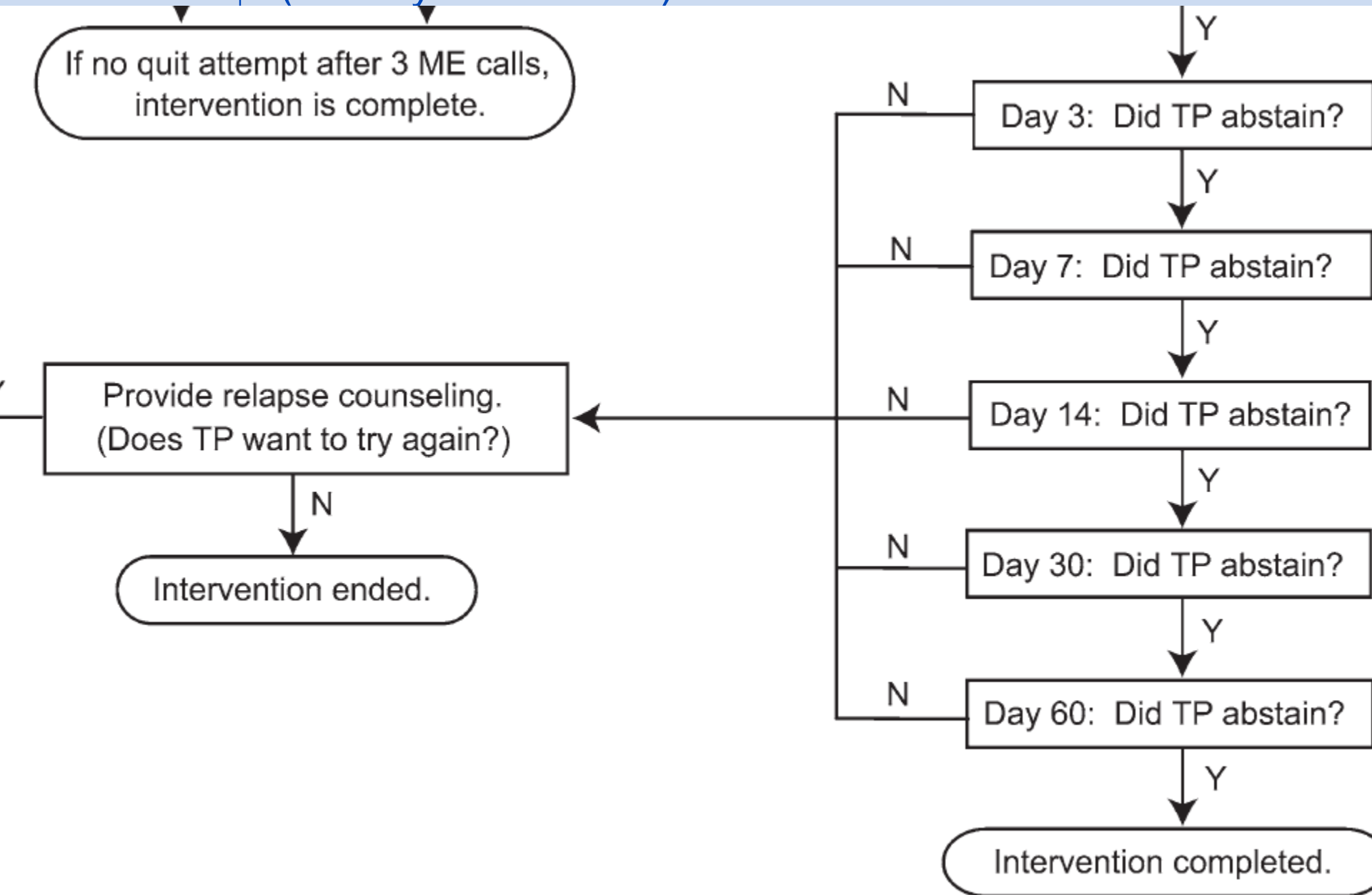
4) Die Einbeziehung von nicht-täglichen Rauchern und Nichtrauchern, wodurch Stigmatisierung verhindert und die Rekrutierung erleichtert wurde

5) Die qualitativ hochwertige Implementierung der Intervention, hochmotivierte und qualifizierte Berater, das detaillierte Beratungsprotokoll und eine sorgfältige Supervision

These PL: Die optimierte Verwendung von Tabaksteuergeldern



Wieviel Aufwand für die Ausstiegsberatung? (Kealey et al. 2009)



Cochrane Metaanalyse - die bedeutendste wissenschaftliche Quelle

- 28 Studien, insgesamt 6900 Studienteilnehmer <20 J; strenge methodische Standards
 - “Motivational Enhancement”: RR 1.60, KI 1.28 – 2.01
 - TTM: RR 1.56, KI 1.28 – 2.01
 - KVT insgesamt: keine signifikanten Resultate
 - Sechs Studien zu “Not on Tobacco”: RR 1.87; KI 1.01 – 1.71
 - Hinweise, dass „Computer-, Internet- und mobile Programme“ wirksam sind
 - Keine Wirksamkeitsnachweise für pharmakologische Interventionen

→ komplexe, multimodale Ansätze scheinen viel versprechend

Empfehlungen S3 Leitlinie: Jugendlichen...

- ...sollen Kombinationen von altersgerechter Psychoedukation, Motivationssteigerung und verhaltenstherapeutischen Interventionen angeboten werden (A)
- ...sollten niedrigschwellige Interventionen angeboten werden (B)
- ...können in Ausnahmefällen N-Pflaster unter gründlicher Nutzen-Risiko-Abwägung als Off-Label-Verschreibung angeboten werden (KKP); andere Applikationsformen nicht
- ...sollen weitere Arzneimittel nicht angeboten werden (A)
- ...sollen Tabakentwöhnungs-Programme mit VT-Schwerpunkt, MI und Erhöhung der Selbstwirksamkeit angeboten werden (A)
- ...sollten Computer-, Internet- und Smartphone-gestützte Programme zur Tabakentwöhnung angeboten werden (B)

Unterschiede: Tabakentwöhnung Jugendliche vs. Erwachsene

- Bausteine
 - kein medikamentöses Entzugsmanagement
 - motivierende Elemente möglicherweise wichtiger
 - soziale Einflussnahme wichtiger (Buddy, Freunde; Tabakindustrie)
- Vermittlung
 - Expressiver und prononcierter als bei Erwachsenen
 - Erlebnisbezogen statt abstrakt
 - Beziehung vor Theorie
 - Häufiges und kräftiges Feedback
 - Zurückhaltung bei Vorgaben/gutgemeinten Empfehlungen; Unterstützung bei der getroffenen Entscheidung
 - Balance Strukturierung und Wahrung der Autonomie
 - ...

Eignung von Methoden für Interventionsziele bei Jugendlichen (Milton et al 2004)

Interventionsziel	zur Zielerreichung geeignete Methode	ungeeignete Methode
eine große Zahl von Jugendlichen zu erreichen	Kurzinterventionen Telefonberatung Selbsthilfe	face-to-face-Beratung
Jugendliche mit erschwertem Zugang zu Angeboten	Telefonberatung Selbsthilfe	face-to-face-Beratung
Jugendliche mit auffälliger psychischer oder physischer Komorbidität	face-to-face-Beratung	Selbsthilfe Telefonberatung
Jugendliche mit tabakassoziierten Gesundheitsproblemen	Kurzinterventionen in medizinischen settings face-to-face-Beratung	Selbsthilfe
Jugendliche mit intensivem Unterstützungsbedarf	face-to-face-Beratung Gruppenprogramme	Kurzinterventionen Selbsthilfe

Eignung von Methoden für Interventionsziele bei Jugendlichen (Milton et al 2004)

Interventionsziel	geeignete Methode	ungeeignete Methode
Jugendliche einer bereits definierten Gruppe	Gruppenprogramme	
Jugendliche mit Wunsch nach gegenseitige Unterstützung/Interaktion	Gruppenprogramme	Selbsthilfe (interaktiv, nicht-interaktiv)
Jugendliche mit Präferenz für ein-zu-eins-Austausch	face-to-face-Beratung Telefonberatung	Gruppenprogramme
Jugendliche mit Wunsch nach Anonymität	Telefonberatung Selbsthilfe	Gruppenprogramme face-to-face-Beratung
eigenmotivierte und selbstständige Jugendliche	Selbsthilfe Telefonberatung	
wenig motivierte Jugendlichen	Kurzinterventionen auf MI-Basis	Selbsthilfe (interaktiv, nicht-interaktiv)
bildungsferne Jugendliche	face-to-face-Beratung Telefonberatung Gruppenprogramme	Selbsthilfe (interaktiv, nicht-interaktiv)

Zusammenfassung und Appell

Verhältnisprävention bildet Fundament

**Prävention beginnt nicht im Kindergarten,
sondern eine Generation davor**

Proaktive Behandlungsangebote

Veränderung durch engagierte Akteure

Lange, lohnende Wegstrecke