

*Literaturübersicht*

**Rauchprävention bei Jugendlichen**

*Stand: 2005*

*Erstellt von:*

*Alexander Hose, Michael Kandel und Thomas Duell*

Die vorliegende Literaturübersicht wurde in wissenschaftlicher Kooperation zwischen dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und dem Institut für Soziale Pädiatrie der LMU München am postgradualen Studiengang Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie der LMU München erarbeitet.

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
1. Einleitung .....	4
2. Grundlagen der Beurteilung von Maßnahmen zur Rauchprävention bei Jugendlichen .....	4
2.1. Zigarettenrauchen und assoziierte Morbidität und Mortalität .....	4
2.2. Aktueller Stand und Entwicklung der Rauchprävalenzen bei Jugendlichen .....	5
2.3. Einflussfaktoren, Formen und Strategien der Tabakprävention bei Jugendlichen .....	6
3. Methodik und quantitative Ergebnisse des Literaturreviews .....	9
4. Inhaltliche Ergebnisse des Literaturreviews.....	11
4.1. Familien-basierte Interventionsprogramme bei Jugendlichen.....	11
4.2. Schul-bezogene Rauchpräventionsprogramme bei Jugendlichen .....	11
4.3. Interventionsprogramme auf Gemeindeebene.....	13
4.4. Massenmedien-gestützte Interventionen bei der Rauchprävention .....	14
4.5. Intervention durch Restriktion in der Verfügbarkeit von Tabakwaren .....	14
4.6. Beschränkung der Tabakwerbung als Maßnahme der Rauchprävention .....	15
5. Diskussion.....	16
Literatur .....	19

Der vorliegende Bericht hat seinen Schwerpunkt auf einer Übersicht zur Evidenz von Präventionsmaßnahmen. Eine umfassende Darstellung relevanter Literatur bzw. daraus abgeleiteter Maßnahmen geben die „Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland“ (Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ). Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Sonderband in DKFZ (Hrsg.). Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Heidelberg, 2002. Download unter <http://www.tabakkontrolle.de>).

## **Zusammenfassung**

Das Zigarettenrauchen ist der führende und gleichzeitig ein vermeidbarer Faktor für Krankheit, Tod sowie vorzeitige Invalidität in unserer Gesellschaft und verursacht immense direkte und indirekte Kosten. Das Einstiegsalter beim Tabakkonsum liegt in Deutschland derzeit bei 13,6 Jahren, womit Deutschland einen traurigen Rekord in Europa hält. Etwa 25% der 15-jährigen greifen regelmäßig zur Zigarette. Im Alter von 16 Jahren besteht nicht selten schon eine Abhängigkeit, die die Wahrscheinlichkeit, ohne Gesundheitsschäden wieder abstinent zu werden, drastisch mindert.

Nur gut geplante und nachhaltige Maßnahmen insbesondere der primären Rauchprävention bei Jugendlichen können hier Abhilfe schaffen und haben eine entsprechend hohe Public Health Relevanz. Es gibt eine Reihe von Ansatzpunkten auf den verschiedenen Ebenen der Gesellschaft, die mit Hilfe unterschiedlichster Instrumente den Einstieg in den Tabakkonsum bei Jugendlichen verhindern sollen. Evaluiert sind dabei Interventionen auf Ebene der Familie, Aufklärungsaktionen und Lebenskompetenzförderungsprogramme an Schulen, große Medienkampagnen sowie Maßnahmen der politischen Einflussnahme auf die Freiheit in Bewerbung und Vertrieb von Tabakwaren. Alle Maßnahmen tragen hier mehr oder weniger zur Verhinderung des Einstieges in das Rauchen bei Jugendlichen bei. Wichtig aus psychologischer Sicht ist, dass die Programme sie psychisch stärken und gegen Gruppendruck impfen. Von politischer Seite würden stärkere Restriktionen ebenfalls dazu beitragen, Jugendliche vor dem Tabakkonsum zu schützen. An erster Stelle steht dabei aber sicher eine Änderung in der sozialen Akzeptanz des Rauchens in unserer Gesellschaft.

Die folgende Arbeit soll einen kurzen Überblick über die aktuelle Literatur zu gut evaluierten Maßnahmen und Programmen in den wesentlichen gesellschaftlichen Bereichen geben und den Stellenwert des jeweiligen Ansatzes im Instrumentarium der Rauchpräventionsstrategien bei Jugendlichen beschreiben und bewerten.

## **1. Einleitung**

Das Zigarettenrauchen ist der bedeutsamste und gleichwohl ein vermeidbarer Faktor für Krankheit sowie für vorzeitige Invalidität und in Deutschland verantwortlich für etwa 100.000 bis 140.000 Todesfälle pro Jahr (1).

Es besteht ein klarer kausaler Zusammenhang von Rauchen und dem Auftreten einer Vielzahl kardiovaskulärer, respiratorischer und bösartiger Erkrankungen (2), welche das Leben bei andauerndem Tabakmissbrauch im Schnitt um 10 Jahre verkürzen. Jeder zweite langjährige Raucher dürfte an den Folgen seiner Gewohnheit sterben (3).

Im Jahr 2003 waren etwa 27% der deutschen Bevölkerung Raucher (4), wobei aktuell unter den Jugendlichen von 12 bis 25 Jahren 35% regelmäßig zur Zigarette greifen und das Einstiegsalter im Schnitt bei 13,6 Jahren liegt (5). Obwohl die Quote an Rauchern unter Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten geringfügig abgenommen hat, ist die Situation dennoch besorgniserregend. Laut der HBSC-Studie der WHO sind die deutschen Jugendlichen in Europa führend im Rauchen, denn unter den 15jährigen gehören 25% der Jungen und 27% der Mädchen zu den täglichen Konsumenten (6).

Die Kosten der tabakassoziierten Folgeerkrankungen liegen in Deutschland bei etwa 17 Milliarden Euro pro Jahr (7). Unter dem Public Health Aspekt dürfte eine nachhaltige Reduktion der Raucherquote nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung verbessern, sondern auch zu einer entsprechenden Einsparung von Kosten im Gesundheitswesen führen. Die Chronizität der Tabakabhängigkeit spiegelt sich in häufigen Perioden von Abstinenzversuchen und Rückfällen wider. Gerade jüngere Raucher haben häufig eine unrealistische Vorstellung von ihren Abstinenzchancen. Glauben 80% der Raucher unter 40 Jahre, im Verlauf der nächsten 20 Jahre abstinent werden zu können, gelingt ihnen dies bis zum Alter von 60 Jahren jedoch nur zu 46% (7). Ein nachhaltiger und durchgreifender Effekt lässt sich somit nur durch eine wirksame Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen erreichen (8).

Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick über die Literatur hinsichtlich der Strategien der gängigen Präventionsprogramme und den Ebenen ihrer gesellschaftlichen Anwendung bei Jugendlichen liefern. Grundlage hierfür sind internetbasierte Literaturrecherchen in unterschiedlichen Datenbanken, wobei insbesondere die zum Thema vorliegenden systematischen Reviews der Cochrane-Collaboration herangezogen wurden.

## **2. Grundlagen der Beurteilung von Maßnahmen zur Rauchprävention bei Jugendlichen**

### **2.1. Zigarettenrauchen und assoziierte Morbidität und Mortalität**

Entsprechend dem aktuellen Bericht des Surgeon General des U.S. Gesundheitsministeriums ist für eine Vielzahl von malignen und nicht-malignen Erkrankungen von einem

Kausalzusammenhang mit dem Rauchen auszugehen (2). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die wesentlichen Erkrankungen, bei denen der Zusammenhang mit dem Rauchen demnach als gesichert anzusehen ist.

**Tabelle 1: Erkrankungen in gesichertem Kausalzusammenhang mit dem Rauchen (nach 2)**

<i>Krebserkrankungen</i>	<i>kardiovaskuläre Erkrankungen</i>	<i>Respiratorische Erkrankungen</i>
Blasenkrebs	Bauchaortenaneurysma	chron. obstrukt. Lungenerkrankung
Zervixkarzinom	Atherosklerose	Pneumonien
Ösophaguskarzinom	Zerebrovask. Erkrankung	Abnahme der Lungenfunktion
Nierenzellkarzinom	Koronare Herzerkrankung	Husten, Auswurf, Atemnot
Larynxkarzinom		
Leukämie		
Lungenkrebs		
Mundhöhlenkrebs		
Pankreaskarzinom		
Magenkarzinom		

Darüber hinaus schädigt das Rauchen nachweislich den heranwachsenden Organismus. So kommt es bei jugendlichen Rauchern zu einem gestörten Lungenwachstum, zu einer frühzeitigen Verschlechterung der Lungenfunktion bereits im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter, zum Auftreten von respiratorischen Symptomen wie Husten mit Auswurf, pfeifenden Atemgeräuschen und Atemnot bei Kindern und Jugendlichen (2).

Setzt man voraus, dass 25-30% der kardiovaskulären Erkrankungen sowie 80-90% der Lungenkrebskrankungen und etwa 25% der Krebserkrankungen allgemein durch das Rauchen verursacht werden (9), so kann man davon ausgehen, dass in Deutschland zwischen 100.000 und 140.000 Menschen jährlich an den Folgen des Tabakkonsums sterben (7). Allein der Lungenkrebs stellte im Jahr 2001 in Deutschland die fünfthäufigste Todesursache dar (9).

## **2.2. Aktueller Stand und Entwicklung der Rauchprävalenzen bei Jugendlichen**

### *Deutschland*

Ein wichtiger Ansatz, um die gesellschaftliche Bedeutung effektiver Rauchprävention aufzuzeigen, ist die Betrachtung der aktuellen Raucherprävalenzen in der entsprechenden potentiellen Zielgruppe sowie deren zeitliche Entwicklung. Seit 1973 führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in regelmäßigen Abständen Repräsentativerhebungen zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener („Drogenaffinitätsstudie“) im Alter von 12 bis 25 Jahren durch.

Aus der aktuellen Studie aus dem Jahr 2004 (5) lässt sich ablesen, dass die Raucherquote für beide Geschlechter und Personen zwischen 12 und 25 Jahren vom Beginn der 80er Jahre bis zum Jahr 2001 in der relativ geringen Bandbreite von 37% (1993 und 2001) bis 45% (1986) unregelmäßig schwankt. Für das Jahr 2004 weist diese Altersgruppe eine Gesamtprävalenz von 35% (Männer: 36%; Frauen: 35%) auf. Auch wenn man hieraus einen insgesamt leicht

rückläufigen Trend ablesen könnte, kann dieser einerseits nicht als stabil gelten. Zum anderen bewegen sich die Raucherquoten für diese Gruppe Jugendlicher und junger Erwachsener gemessen an den für sie im großen Ausmaß zu erwartenden gesundheitlichen Folgen immer noch auf sehr hohem Niveau. Auffällig ist zudem, dass sich die Mädchen und jungen Frauen in ihrem Rauchverhalten und –ausmaß kaum mehr von ihren männlichen Altersgenossen unterscheiden. Dies hat insofern große Bedeutung, als dass mögliche pränatale Schädigungen des Fötus von werdenden Müttern, die rauchen, nicht unterschätzt werden dürfen.

Ein weiterer, sehr zentraler Anhaltspunkt zur epidemiologischen Abschätzung des Risikopotentials von Rauchen ist das Alter des Einstiegs in den Konsum. Nach den Daten der „Drogenaffinitätsstudie 2004“ (5) der BZgA liegt dieser aktuell für Männer für den Konsum der ersten Zigarette bei durchschnittlich 13,6 Jahren (Frauen: 13,7 Jahre) und für den Beginn des täglichen Rauchens bei 15,7 Jahren (Frauen: 15,6 Jahre). Seit 1993 ist hierbei in Deutschland ein leichter Trend in Richtung eines immer niedrigeren Einstiegsalters für beide Geschlechter zu erkennen. Dies begründet die epidemiologische Relevanz für die weitere Förderung und Ausweitung von Primärprävention von Tabakkonsum für Jugendliche insofern, als dass mit niedrigem bzw. sinkendem Einstiegsalter die Wahrscheinlichkeit für die Betroffenen auf die Entwicklung einer frühzeitigen Abhängigkeit dramatisch steigt und dementsprechend die Chance auf eine Abstinenzentwicklung im Laufe ihrer „Raucherkarriere“ stark sinkt.

#### *USA*

Da die meisten gut evaluierten Rauchpräventionsprogramme, die im Folgenden dargestellt werden, aus den USA stammen, lohnt ein kurzer Blick auf die Verbreitung des Rauchens unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in diesem Land. Insgesamt zeigt sich hier ein sehr ähnliches Bild wie in Deutschland. Die Prävalenzen für den täglichen Zigarettenkonsum bei den 12- bis 17jährigen haben sich in den letzten 30 Jahren kaum verändert, mit nur geringen Schwankungen zwischen 10,9% (1974) und 7,1% (1990). Bei den 18- bis 25jährigen Befragten des diesen Daten zu Grunde liegenden in den USA jährlich durchgeführten nationalen Drogen- und Gesundheitssurveys (10) schwankten die entsprechenden Vergleichswerte zwischen 38,9% (1981) und 30,9% (1991).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass nicht steigende Konsumraten das Gefährdungspotential des Rauchens für Jugendliche ausmachen, sondern die trotz vieler gesellschaftlicher Bemühungen gleichbleibend hohe Gesamtprävalenz für beide Geschlechter, sowie das niedrige Einstiegsalter der Konsumenten mit der Folge einer hohen Wahrscheinlichkeit der Entwicklung der schon ausführlich dargestellten psychischen und körperlichen Folgeschäden.

### **2.3. Einflussfaktoren, Formen und Strategien der Tabakprävention bei Jugendlichen**

#### *Einflussfaktoren auf den Tabakkonsum im Jugendalter*

Es gibt verschiedene theoretische Ansatzpunkte und praktische Formen, um Strategien der Tabakprävention für Jugendliche zu entwickeln, zu strukturieren und in die Tat umzusetzen.

Um diese im Weiteren besser zu verstehen, ist es hilfreich, sich einen kurzen Überblick über die Stufen des Einstieges in den Tabakkonsum bei Jugendlichen und die mit diesen jeweils assoziierten psychosozialen Risikofaktoren zu verschaffen (11).

Während der *Vorbereitungsphase*, in der die Jugendlichen ihre Einstellungen und Haltungen zum Rauchen bilden, sind vor allem der Einfluss der Werbung und die Rollenvorbilder durch Eltern und Geschwister als Risikofaktoren von zentraler Bedeutung. Im Laufe der *Probierphase*, also in der Zeit, in der erste Zigaretten konsumiert werden, spielen der Einfluss der Gleichaltrigen, normative Wahrnehmungen und die Verfügbarkeit die wichtigsten Rollen. Die *Experimentierphase* ist gekennzeichnet durch wiederholten, aber unregelmäßigen Konsum von Zigaretten. In dieser Phase wird das Rauchverhalten der Jugendlichen durch ihre soziale Situation, insbesondere wiederum durch rauchende Altersgenossen, ein geringes Selbstwirksamkeitsgefühl und abermals durch den leichten Zugang zur Droge maßgeblich geprägt. Bevor die Jugendlichen dann in die *Abhängigkeit* geraten, durchlaufen sich nach dem dargestellten Modell noch eine *Phase regelmäßigen Konsums*. Neben den schon in den vorherigen Phasen genannten hier immer noch wirksamen psychosozialen Risikofaktoren wird auf dieser Stufe eine positive Einstellung zum Rauchen von den Jugendlichen vor allem von der Annahme getragen, der Tabakkonsum bringe ihnen einen persönlichen Nutzen. Interessant in diesem Zusammenhang ist auch die Betrachtung der Gründe für das Rauchen von Zigaretten konsumierenden Jugendlichen, die im Zuge der „Drogenaffinitätsstudie 2004“ (5) erhoben wurden. Zu 83% und damit als Hauptgrund geben sie an, „Rauchen steckt an“. 59% der Befragten finden zudem, „Rauchen kann man nicht ablehnen“. Ein zweites Hauptmotiv, dass man im engeren Sinne als akuten Stressabbau und im weiteren als psychischen Bewältigungsversuch lebensphasenspezifischer Probleme umschreiben könnte, kristallisiert sich heraus, wenn man betrachtet, dass die befragten rauchenden Jugendlichen zu 80% bzw. zu 67% angaben, „Rauchen beruhigt“, bzw. „Rauchen schafft Wohlbefinden“.

Es lässt sich aus dieser Darstellung zusammenfassend klar folgern, dass neben der psychischen Stärkung der Persönlichkeit vor allem ein Einfluss auf den sozialen Kontext („Impfen gegen Gruppendruck“) der vom Einstieg ins Rauchen gefährdeten Jugendlichen sowie restriktive Maßnahmen, insbesondere die Verhinderung von Zugangsmöglichkeiten zur Zigarette, diesen Risikofaktoren zentral entgegenwirken. Präventive Maßnahmen, die an diesen Punkten ansetzen, sollten also am ehesten positive Effekte erwarten lassen.

#### *Formen und Strategien der Rauchprävention bei Jugendlichen*

In der Literatur finden sich einige theoretische Ansätze, nach denen sich die Formen und Strategien bestehender oder geplanter Rauchpräventionsprogramme für Jugendliche zusammenfassen und somit auch besser verstehen lassen. Nach Hurrelmann (8) kann nach drei *Formen der Vermittlung* unterschieden werden:

1. die warnende, abschreckende, die Gefahren des Tabakkonsums betonende Vermittlung,
2. die tatsachenbezogene, nüchtern-sachliche, nicht wertende Information und
3. die personenbezogene Vermittlung, die Bedürfnisse, Motive und individuelle Lebenssituationen aufnimmt.

Gefahrenhinweise auf Zigarettenschachteln, die eine reine Abschreckungsstrategie anwenden, haben auf Grund des gleichzeitigen Hervorrufens von Neugierereffekten bisher nur wenig positive bis teilweise sogar negative Ergebnisse auf den Einstieg in den Tabakkonsum jüngerer Personen erzielt. Deswegen sollten unbedingt die Punkte zwei und drei der dargestellten Vermittlungsformen für eine wirksame Rauchprävention bei Jugendlichen in entsprechenden Programmen umgesetzt werden.

Kröger und Hanewinkel (12) stellen eine Klassifikation von Präventionsprogrammen für Schulen vor, die hier in tabellarischer und gekürzter Form dargestellt eine Übersicht über die wichtigsten Ziele inhaltlicher Schwerpunktsetzung und zentrale typische Methoden der Vermittlung im schulischen Kontext geben soll.

Durch diese Unterscheidung in verschiedene Teilkonzepte werden Schwerpunkte in der Vermittlung von Wissen, Verhaltensstrategien und Fertigkeiten gesetzt. Durch passive aber vor allem auch aktive Methoden des Transfers über Rollenspiele, Freizeitaktivitäten etc. werden die zu vermittelnden Inhalte vertieft.

**Tabelle 2: Klassifikation von Präventionsprogrammen nach Kröger & Hanewinkel (12)**

<i>Präventionskonzept</i>	<i>Schwerpunktsetzung (Bsp.)</i>	<i>Typische Methoden (Bsp.)</i>
Informationsvermittlung	Sachliche Informationen	Vorträge
Affektive Erziehung	Selbstbewusstseinerhöhung	Problemlösen in Gruppen
Vermittlung von alternativen Erlebnisformen	Reduktion von Entfremdung und Langeweile	Teilnahme an sozialen Freizeitaktivitäten
Standfestigkeitstraining	Standfestigkeit gegen sozialen Druck erlernen	Rollenspiel, Bekenntnis zum Tabakverzicht
Lebenskompetenztraining	Kombination der Konzepte Affektive Erziehung und Standfestigkeitstraining	Diskussion, Lernen am Modell Rollenspiel, Übungen in Vivo, Bekenntnis zum Tabakverzicht

Insbesondere Präventionsprogramme, die auf psychosozialer Ebene Lebenskompetenz fördern (z. B. das Programm ALF) und damit Gruppendruck entgegenwirken und mittels affektiver Erziehung das Selbstbewusstsein der Jugendlichen erhöhen, sind etabliert und ihre Wirksamkeit in ausgezeichneten Studien nachgewiesen (13).

Das Ergebnis dieser Studie ist ein zusätzlicher und wichtiger empirischer Nachweis der schon älteren Feststellung von Leppin (14), dem gemäß sich zwei Hauptstrategien der Rauchprävention bei Jugendlichen als besonders erfolgreich erwiesen:

1. Die „Social Influence Inoculation“ – Strategie, die darauf abzielt, sich dem Gruppendruck, Rauchen zu müssen, stellen zu können und
2. die „Life Skills“ – Strategie, die dem einzelnen Jugendlichen Fähigkeiten und soziale Kompetenz vermittelt, dem Drogenkonsum zu widerstehen.

Auch dieser Autor geht davon aus, dass Drogengebrauch eine Möglichkeit der Problembewältigung bzw. -lösung darstellt und dass mit den oben angeführten Strategien den



Jugendlichen vermittelt werden kann, dass sie eine andere – nämlich „drogenfreie“ – Wahl zu deren Überwindung haben.

Wie aus diesen Ausführungen klar geworden sein dürfte, integrieren gute Rauchpräventionsprogramme immer unterschiedliche Schwerpunktsetzungen und vielfältige Methoden. Deswegen ist von praktischer Seite eine nach diesen Kriterien gegliederte Unterscheidung bzw. Übersichtserstellung schwierig. Nachdem die Programme jedoch immer in einem bestimmten gesellschaftlichen Kontext stehen bzw. an einem solchen ansetzen, erschien uns für die folgende Darstellung der Ergebnisse unseres Literaturreviews eine Gliederung nach der gesellschaftlichen Ebene der Einflussnahme am sinnvollsten und nachvollziehbarsten. Die Gliederung in insgesamt sechs soziale Ebenen folgt dabei einer „Hierarchie“ vom engsten sozialen Umfeld, in dem Jugendliche sich bewegen, nämlich der Familie, bis hin zum weitesten und komplexesten, nämlich der gesamtgesellschaftlichen bzw. politischen Ebene.

### 3. Methodik und quantitative Ergebnisse des Literaturreviews

#### *Methodik und Ergebnisse der systematischen Recherche*

Unser Anspruch mit dieser Arbeit war es einerseits eine möglichst systematische und aktuelle Literaturübersicht zum Thema „Rauchprävention bei Jugendlichen“ zu verfassen. Sie sollte aber gleichzeitig inhaltlich auf die Fragestellung, welche Präventionsprogramme warum bzw. welche warum nicht wirken, fokussiert sein. Dazu war es notwendig, eine adäquate Suchstrategie zu finden und anzuwenden.

Schnell zeigte sich, dass die Heranziehung aller Originalpublikationen selbst zu gut evaluierten Rauchpräventionsprogrammen für Jugendliche aus dem anglo-amerikanischen Raum auf Grund der Fülle der Literatur ein schwer zu bewältigendes Unterfangen ist. Andererseits war es auch nicht notwendig, einen solchen Review selbst durchzuführen, da wir einige gute und sehr aktuelle Reviews und Meta-Analysen zu unserem Thema recherchieren konnten. Insbesondere in der *Cochrane Database of Systematic Reviews*, die wertvolle und durch ihre strengen Kriterien hinsichtlich der wissenschaftlichen Aussagekraft sehr valide Reviews zur Verfügung stellt, fanden sich entsprechende Publikationen, die uns fortan als Referenz dienten. Mit Hilfe der in Tabelle 3 zusammenfassend dargestellten Suchstrategie ging es uns im Weiteren darum, in der medizinischen Datenbank *PubMed* zusätzliche englischsprachige Reviews zu finden, die die sehr wichtigen Ergebnisse der Cochrane-Reviews aus unserer Sicht noch inhaltlich ergänzen oder präzisieren konnten. Die gleiche Strategie wurde beim Screening der psychologischen Datenbank *PsycINFO* verfolgt.

In der deutschsprachigen psychologischen Datenbank *PSYNDExplus* waren keine Reviews zum Thema zu finden, für den ausgewählten Suchzeitraum fanden sich lediglich 27 Treffer zum Suchbegriff „smoking prevention“.

Der nächste Rechenschritt bestand darin, aus der in Tabelle 3 ablesbaren Trefferzahl aus den jeweiligen Datenbanken eine Auswahl zu treffen, die geeignet war, die einleitend dargestellte Intention unserer Recherche zum Ziel zu führen. Per individuellem Titel- bzw. Abstractscreening wählten wir die Publikationen weiter nach den Kriterien

- inhaltliche Relevanz und
- Qualität (z.B. für englischsprachige Literatur: häufig zitierte, umfassende Reviews oder Meta-Analysen; für deutschsprachige Literatur: nur kontrollierte

Interventionsstudien (Originalarbeiten !), keine Deskriptionen zur Evaluation von Rauchpräventionsprogrammen),

- bestimmten Ein- bzw. Ausschlusskriterien (es wurden keine Reviews oder Originalarbeiten herangezogen, die sich mit Passivrauchexposition oder überwiegend mit Sekundärpräventionsansätzen bzw. Rauchentwöhnungsprogrammen für Jugendliche sowie mit Individualprävention (z. B. persönlicher Beratung) beschäftigten),
- Zeitpunkt der Publikation (gescreent wurde zeitlich rückwärts), sowie
- Verfügbarkeit (die Publikationen mussten in der uns zur Verfügung stehenden Zeit im Original verfügbar und bearbeitbar sein !) aus.

Die Publikationen, die mittels dieses vielschichtigen Auswahlverfahrens von uns herausgesucht worden waren, wurden von den Autoren dieser Arbeit gelesen, diskutiert und fanden letztendlich überwiegend Eingang in die folgende inhaltliche Ergebnisdarstellung.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über Themengebiet, vorrangige Sprache, angewendete Suchstrategie und Anzahl der Treffer der von uns systematisch ausgewerteten Datenbanken.

**Tabelle 3: Angewendete Suchstrategie und Treffer der Literaturrecherche**

<b>Herangezogene Datenbank</b>	<b>Themengebiet (Sprache)</b>	<b>Suchfeld (“AND”)</b>	<b>Suchbegriffe</b>	<b>Treffer</b>
<i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	Medizin (Englisch)	ALL ALL DP	smoking prevention 1995-2004	163
<i>PubMed</i>	Medizin (Englisch)	KEY KEY ALL PT	smoking prevention adolescent* review OR meta-analysis	295
<i>PsycINFO</i>	Psychologie (Englisch)	DP ALL ALL DP	1995-2004 smoking prevention 2000-2004	63
<i>PSYINDEXplus</i>	Psychologie (Deutsch)	ALL DP	smoking prevention 1977-2004	27

*Methodik der Recherche auf Internetseiten wichtiger Institutionen mit Public Health Relevanz*  
Ergänzend zu der oben beschriebenen systematischen Suche in Literaturdatenbanken wurden die Internetseiten einiger wichtiger Institutionen für Gesundheitspolitik sowie für Gesundheitsforschung und –förderung durchsucht, insbesondere hinsichtlich aktueller Statistiken und Forschungsergebnisse. Dazu wurden entsprechende Seiten der WHO, des U.S. Departement of Health and Human Services, der U.S.-Behörde „Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)“, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA), des Statistisches Bundesamtes und des **IFT** - Institut für Therapieforschung ausgewertet und interessante Fakten oder Daten daraus in diese Arbeit miteinbezogen.

## **4. Inhaltliche Ergebnisse des Literaturreviews**

Die Publikationen, die uns nach dem im vorhergehenden Kapitel im Detail erläuterten Vorgehen für unsere selbst gestellte Aufgabe am relevantesten erschienen, werden im Folgenden wie schon präzise begründet nach der gesellschaftlichen Ebene der Einflussnahme gegliedert ausführlich darstellt, zur Synthese gebracht und kritisch diskutiert.

### **4.1. Familien-basierte Interventionsprogramme bei Jugendlichen**

Wie schon bei der Darstellung der Risikofaktoren des Einstieges in den Tabakkonsum erläutert, werden im familiären Umfeld, vor allem durch die Rollenvorbilder der Eltern und Geschwister, bei den Jugendlichen die frühen Einstellungen und Haltungen zum Rauchen gebildet. Das Rauchen kann also in diesem primären und wesentlichen sozialen Setting ganz entscheidend mit vorbereitet wie auch vorgebeugt werden.

Kontrollierte und randomisierte Evaluationsstudien zur Frage, inwieweit familien-basierte Präventionsprogramme den Beginn des Rauchens bei Jugendlichen verhindern können, wurden von der Cochrane-Collaboration im Rahmen eines explorativen Reviews (15) gesucht und ausgewertet. Es wurde herausgearbeitet, dass die Überprüfung der Hypothese *„Interventionen, die Familienmitgliedern helfen, nicht zu rauchen und bei Kindern und anderen Familienmitgliedern für das Nichtrauchen zu werben, verhindern einen Einstieg in den Tabakkonsum dieser Kinder effektiver als keine Intervention“* auf Grund der Fülle der dazu zur Verfügung stehenden Literatur ein aussichtsreicher Ansatz für einen systematischen Review wäre. Es ergaben sich aus der explorativen Sichtung der Literatur durch die Cochrane-Collaboration gute inhaltliche Anhaltspunkte, dass Programme mit dem in der Hypothese formulierten Ansatz in einem gewissen Maß wirken könnten. Zudem ist die Annahme der Wirksamkeit solcher Programme, abgeleitet aus dem erwähnten großen Risiko- bzw. Einflusspotential auf das Rauchverhalten, dass die soziale Umgebung „Familie“ in sich birgt, auch sehr plausibel.

Somit besteht berechtigte Hoffnung, dass der ausstehende systematische Review der Cochrane-Collaboration eine gewisse, wenn auch bedingte Wirksamkeit familien-basierter Rauchpräventionsprogramme mit dem Ziel der Vermeidung eines Raucheinstieges von Jugendlichen zeigen wird. Ein entsprechender Nachweis über einzelne Studien hinaus mit der Mächtigkeit eines solchen Reviews steht aber noch aus. Für den deutschen Sprachraum wurden für diesen Bereich keine entsprechenden Publikationen gefunden.

### **4.2. Schul-bezogene Rauchpräventionsprogramme bei Jugendlichen**

Der nächste und schon qua seines Bildungs- und Erziehungsauftrages sehr bedeutende gesellschaftliche Rahmen, in dem positive Gesundheitserziehung stattfinden kann, ist die Schule. Aber auch hier lauern große Versuchungen für die Jugendlichen, das Rauchen zu beginnen, insbesondere durch den sozialen Druck, der dort durch Mitschüler ausgelöst werden kann. Aber auch der schulische Leistungsdruck, der Versagensängste hervorrufen

kann, begünstigt auf psychosozialer Ebene ihr Rauchverhalten. Nicht zufällig wird „Stressabbau“ als einer der häufigsten Gründe für den Griff zur Zigarette von Jugendlichen angegeben (5).

Mit Abstand die meisten Rauchpräventionsprogramme, sowohl im englischsprachigen wie im deutschsprachigen Raum, werden aus diesen nachvollziehbaren Gründen im schulischen Kontext angeboten. Dementsprechend viele Studien beschäftigen sich mit deren Evaluation, so dass es zumindest für den anglo-amerikanischen Raum keine Schwierigkeit darstellt, hierzu auch Reviews oder Meta-Analysen zu finden.

Auch die Cochrane-Collaboration hat sich dieses Themas angenommen und für ihren systematischen Review (16) 76 randomisierte und kontrollierte Studien identifiziert und rezensiert. Herangezogen wurden speziell Studien, die verhaltensbezogene Interventionen an Schulen mit dem Ziel, Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 18 Jahren vom Einstieg in den Tabakkonsum abzuhalten, evaluierten. Die Studien wurden gemäß dem Ihnen zu Grunde liegenden hauptsächlichen Präventionskonzept (Informationsvermittlung, Förderung der sozialen Kompetenz und soziale Einflussnahme (einzeln und kombiniert), sowie multi-modale Programme) gruppiert und qualitätsbewertet. Interessanterweise waren 15 der 16 besten Studien dem Präventionskonzept „soziale Einflussnahme“ zuzuordnen, und 8 dieser Programme erwiesen sich auch, wenn auch nur auf einen kurzen Zeitraum bemessen, als eindeutig effektiv. Allerdings konnte gerade für das am langfristigen angelegte (65 Interventionen in 8 Jahren) und am besten evaluierte Programm, das so genannte „Hutchinson Smoking Prevention Project“, keine solche Wirkung nachgewiesen werden. Rauchpräventionsprogramme, denen vorrangig andere Konzepte zu Grunde lagen, erwiesen sich als kaum wirkungsvoll.

Ein weiterer Review (17), der sich mit Studienergebnissen bezüglich der Nachhaltigkeit von Präventionseffekten von fast ausschließlich schulischen Rauchpräventionsprogrammen beschäftigt, bestätigt ebenfalls, dass soziale Einflussnahme ein unabdingbares Element potentiell wirkungsvoller Rauchprävention an Schulen ist. Positive Langzeiteffekte werden von den Autoren zwar vermutet und in einigen für diesen Review herangezogenen Studien bis zu einem Zeitraum von 15 Jahren auch bestätigt. Allerdings weisen sie zu Recht darauf hin, dass diese Effekte für endgültige Aussagen in vielen Studien nicht stark genug sind und zudem sowohl die interne als auch externe Validität von diesen oft sehr eingeschränkt ist.

Von Tobler und Kollegen (18) sind im Jahr 1998 207 schul-basierte Drogenpräventionsprogramme für Jugendliche einer Meta-Analyse unterzogen worden. Ein unter vielen anderen durchgeführter Vergleich war der der Wirkung von allgemeinen Drogenpräventionsprogrammen mit reinen Rauchpräventionsprogrammen. Er ergab, dass beide Ansätze prinzipiell das Rauchverhalten der Jugendlichen gleich mäßig beeinflussten. Wie zu erwarten war, wirkten aber Programme, die in Bezug auf die Vermittlungsform interaktiv gestaltet waren, deutlich besser als diejenigen, die auf reine Informationsvermittlung setzten.

Sehr umfassend und gut wurde das wohl größte und bekannteste deutsche Programm zur Förderung des Nichtrauchens in der Schule, „*Be Smart – Don't start*“, evaluiert. Die

prospektiv und kontrolliert durchgeführte Interventionsstudie (19), für die als Interventionsgruppe 131 Klassen der Stufen 6-9 und als Kontrollgruppe 56 vergleichbare Klassen rekrutiert wurden, kam zu dem Ergebnis, dass 6 Monate nach der Intervention signifikante positive Effekte auf die 4-Wochen und 7-Tage-Prävalenz, allerdings nur mäßige auf das tägliche Rauchen der Schüler zu finden waren. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass diesem Programm, das auf dem Prinzip der Selbstverpflichtung der Rauchabstinenz für eine bestimmte Zeit mit möglicher Belohnung in Form von Preisen beruht, ein nachgewiesener präventiver Effekt zuzuschreiben sei. Nachdem dieses Programm nicht nur dieser Ergebnis-, sondern auch einer Prozessevaluation (20) unterzogen wurde, ist zu erwarten, dass sich diese positiven Ergebnisse stabilisieren bzw. sogar verbessern könnten, wenn dieses Programm in Deutschland weiter gefördert und durchgeführt wird.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass schul-basierte Rauchpräventionsprogramme dann am Besten wirken, wenn sie vor allem versuchen, direkt (z. B. über die Vorbildfunktion der Lehrer) oder indirekt (v. a. über die Vermittlung von Standfestigkeit gegenüber sozialem Druck) auf sozialer Ebene Einfluss auf die Schüler zu nehmen. Zudem sollten solche Programme die affektive Komponente der handlungsorientierten Wissensvermittlung nicht vernachlässigen und abwechslungsreich gestaltet sein. Wenn sie zudem möglichst individuell der Lebens- und Erfahrungswelt der Jugendlichen angepasst sind und ihrer psychischen Entwicklungsstufe entsprechen sowie ihre persönlichen Erfahrungen mit einbeziehen, bietet die Schule auf Grund ihrer Zielsetzung und ihrer sozialen Macht einen geeigneten Rahmen, effektive Programme der primären Rauchprävention durchzuführen.

### **4.3. Interventionsprogramme auf Gemeindeebene**

Ein weiterer gesellschaftlicher Rahmen der Einflussnahme auf Jugendliche geht über koordinierte, geographisch begrenzte, also wohnortbezogene bzw. regionale Programme. Hierbei werden zum Beispiel Medienkampagnen kombiniert mit Aktionen an den Schulen, zum Teil werden mit Personen aus Hoch-Risiko-Gruppen auch Einzelgespräche geführt. Vorteil dieses Ansatzes ist, dass zur Evaluation der Wirksamkeit ein direkter Vergleich mit einer strukturgleichen Gemeinde ohne Interventionsprogramm gezogen werden kann.

Ein Cochrane-Review aus dem Jahre 2003 beschäftigt sich damit, ob auf dieser regionalen Ebene ein Einstieg von Jugendlichen in das Rauchen verhindert werden kann (21). Als Ergebnis des Screenings gängiger medizinischer und psychologischer Datenbanksysteme wurden insgesamt 63 Studien identifiziert. Davon wurden 17 für weitere Analysen herangezogen. Die Größe der Gemeinden, in denen die Maßnahmen durchgeführt wurden, variierte zwischen 1700 und 13500 Einwohnern, eine weitere bezog sich auf eine Stadt von 1,3 Millionen. Die Arten und auch die Ziele der Interventionsaktivitäten waren ebenfalls sehr verschieden, so wurde der Fokus zum Teil auf Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen, zum Teil auf Krebserkrankungen gelegt, bei einigen Ansätzen auch der Missbrauch anderer Drogen mit einbezogen. Nur bei drei der analysierten Studien konnte durch das jeweilige

Programm auch ein signifikanter Effekt hinsichtlich des Rauchverhaltens von Jugendlichen nachgewiesen werden.

In Deutschland ist bisher nur über ein, mittels einer kontrollierten, quasi-experimentellen Interventionsstudie gut evaluiertes gemeindeorientiertes Rauchpräventionsprogramm für Jugendliche berichtet worden (22). Der Vergleich des Erfolges der Durchführung eines Lebenskompetenzförderungsprogrammes an Schulen zweier bayerischer Städte ergab, dass diese Intervention sich nur präventiv auf die Gruppe der Mädchen in beiden Städten auswirkte.

Insgesamt konnte bisher ein wünschenswerter positiver Effekt von derartigen gemeindebasierten Interventionsprogrammen in wissenschaftlichen Studien so gut wie nicht belegt werden.

#### **4.4. Massenmedien-gestützte Interventionen bei der Rauchprävention**

Ein wichtiges Instrument, gesundheitsfördernde Informationen gleichzeitig an möglichst viele Adressaten in einer Gesellschaft zu bringen, sind überregionale Massenmedien wie Fernsehen, Radio, Plakataktionen sowie Printmedien. Ob derartige, vergleichsweise kostengünstige Maßnahmen auch wirklich einen Einfluss auf das Rauchverhalten von Jugendlichen haben können, wurde auch im Rahmen eines Cochrane-Reviews von 1998 untersucht (23). Bei dem Screening von 28 Datenbanksystemen wurden insgesamt 63 Studien bzw. Berichte zu diesem Thema identifiziert, von denen jedoch nur 6 den strengen Einschlusskriterien genügten. Von diesen konnten nur 2 Studien jeweils im Vergleich zu keiner Intervention einen positiven Effekt im Hinblick auf das Rauchverhalten von Jugendlichen nachweisen. Die Interventionen bestanden dabei hauptsächlich auf TV-Spots aufgebauten und über 1,5 bzw. 3 Jahre angelegten Kampagnen, die die negativen Konsequenzen des Rauchens veranschaulichten. Eine dieser Kampagnen war zudem verbunden mit Aktivitäten an Schulen, wobei diese Kombination sich wirksamer zeigte als die nur auf die Schule ausgerichtete Kampagne. Methodologische Unterschiede machen eine Vergleichbarkeit der Studien hier schwierig.

Insgesamt ist die empirische Evidenz, dass über Massenmedienkampagnen eine Reduktion der Anzahl an Jugendlichen erreicht werden kann, die mit dem Rauchen beginnen, gering.

#### **4.5. Intervention durch Restriktion in der Verfügbarkeit von Tabakwaren**

Eine Option der politischen Einflussnahme ist es, die Verfügbarkeit von Tabakwaren für Kinder und Jugendliche zu reduzieren, z. B. durch Verkaufsbeschränkungen. Gerade in Deutschland ist dies ein brisantes Thema, da aufgrund der Massen an überall aufgestellten Automaten eine Kontrolle über den Verkauf von Zigaretten an Jugendliche in keinsten Weise möglich ist.

In dem Review der Cochrane–Collaboration von Stead und Kollegen (24) zu diesem Thema wurden 30 Studien (davon waren 13 kontrollierte Studien) untersucht, die den Zusammenhang zwischen Restriktionen von Jugendlichen beim Erwerb von Zigaretten und den Beginn des Rauchens zeigen. In drei kontrollierten Studien konnte ein geringer Effekt in die Richtung nachgewiesen werden, dass Restriktionen beim Verkauf bzw. Erwerb von Tabakprodukten einen Einfluss auf die Prävalenz hat. Durch die vielen Möglichkeiten jedoch, die gesetzlichen Schutzbestimmungen zu umgehen, wurden Hinweise - aber im Zusammenschau aller Studien kein klarer Effekt – gefunden, dass ein problemloser Kauf von Zigaretten bei Jugendlichen das spätere Raufverhalten negativ beeinflusst.

Bei einer Analyse von Daten aus sieben europäischen Ländern zum Rauchverhalten von Jugendlichen (25) wurden bereits publizierte Ergebnisse bestätigt, die besagten, dass der Zigarettenpreis bedeutende Auswirkungen auf den Konsum von Tabakprodukten hat. Gezeigt werden konnte aber auch, dass Jugendliche empfindlicher auf Preiserhöhungen reagieren als Erwachsene.

Es bleibt festzuhalten, dass Länder ohne Zigarettenautomaten, mit hohen Zigarettenpreisen und erklärten Regierungszielen der Eindämmung des Rauchens auch eine klar reduzierte Raucherprävalenz haben. Dies sind deutliche Hinweise, dass eine Restriktion in der Verfügbarkeit von Tabakwaren eine wichtige primärpräventive Maßnahme zur Verhinderung des Rauchens bei Jugendlichen ist.

#### **4.6. Beschränkung der Tabakwerbung als Maßnahme der Rauchprävention**

Eine weitere politische Maßnahme, die Präsenz von Tabakprodukten in der Gesellschaft zu reduzieren, ist die Beschränkung der Werbefreiheit für Tabakwaren. Auch dies ist in Deutschland ein heikles Thema, da es das einzige Land in Europa ist, in dem es keinerlei Restriktionen für die Tabakindustrie gibt. Dies gewährt der Industrie einen breiten Raum für ihre zum Teil perfiden Werbestrategien, die gerade auf die Verführung junger Menschen ausgerichtet sind.

Im Rahmen eines systematischen Reviews der Cochrane–Collaboration (26) wurden neun Längsschnittstudien untersucht, die den möglichen Zusammenhang von Tabakwerbung und den Einstieg in den Tabakkonsum bei unter 18jährigen analysieren. In allen Studien konnte nachgewiesen werden, dass ein erhöhter Zugriff auf Tabakwerbung die Wahrscheinlichkeit bei Jugendlichen erhöht, Raucher zu werden.

Ergänzend dazu wird in einer Studie aus Basel (27) berichtet, dass man mit einem relativ geringen finanziellen Aufwand einen großen Teil der Zielgruppe erreicht. Allerdings kommt dabei der inhaltlichen Gestaltung der Werbeträger eine große Bedeutung bei.

Sussman stellt in seinem Review (28) neun Artikel vor, die die Programme der sechs größten Tabakhersteller in Amerika zur Prävention des Rauchbeginns bei Jugendlichen untersuchen. Er kommt zu dem Ergebnis, dass von den insgesamt 13 Programmen der Firmen zur

Rauchprävention bei Jugendlichen die beste Wirkung „negative Werbung“ durch emotional abschreckende Darstellung der negativen Konsequenzen des Rauchens in den Massenmedien zeigte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine Einschränkung bzw. ein Verbot von Tabakwerbung in der Öffentlichkeit und in den Medien, die Jugendlichen leicht zugänglich sind, ein wirkungsvoller Ansatz für vor allem primäre Rauchprävention wäre. Notwendig für dessen Umsetzung ist ein gesellschaftlicher Wille mit entsprechender politischer Macht.

## 5. Diskussion

Im Rahmen einer kritischen Diskussion wollen wir einleitend darauf hingewiesen, dass das relativ schlüssig und konsistent erscheinende Ergebnis unseres Reviews keineswegs vollständig und frei von Widersprüchen oder Präzisierungsmöglichkeiten ist, wenn man etwa wichtige Studien, die auf Grund unserer Gliederung keinen Eingang in die vorhergehende Darstellung fanden, betrachtet. So banden Hwang und Kollegen (29) 65 psychosoziale Rauchpräventionsprogramme für Jugendliche aus den Jahren 1978 bis 1997 in ihre Meta-Analyse zur Frage, welche Rauchpräventionsstrategien in welchem sozialen Setting am erfolgreichsten sind, ein. Sie kamen zu dem überraschenden Ergebnis, dass kognitiv-verhaltensbasierte Programme und Lebenskompetenzförderungsprogramme insgesamt am wirkungsvollsten sind, kurzfristig auch Programme, die auf reiner Wissensvermittlung beruhen. Ansätze, die auf dem Prinzip der sozialen Einflussnahme aufbauen, erwiesen sich in dieser Studie als wenig wirkungsvoll. Immerhin konnte selbst diese Studie bestätigen, dass die Schule ein sehr guter Rahmen ist, um Jugendliche auf psychosozialer Ebene positiv zu beeinflussen. Bei genauerem Hinsehen ist das Ergebnis dieser Studie dann aber doch konkordanter zu unseren Schlussfolgerungen, denn es zeigt sich, dass Hwang und Kollegen kognitiv-verhaltensbasierte Programme definieren als soziale Einflussnahme-Programme, die zusätzlich (!) spezielle kognitive Fähigkeiten wie Problemlöse- oder Entscheidungsfindungsstrategien trainieren. Eben diese Kompetenzen sind nach dem Modell von Kröger und Hanewinkel (12) Schwerpunkte der affektiven Erziehung, die als solche wie von ihnen definiert wiederum als Elemente in Lebenskompetenztrainings einfließen. Im Zirkelschluss bestätigt also somit sogar diese Meta-Analyse eher unser Gesamtbild.

An diesem Beispiel soll aber vor allem auch aufgezeigt werden, dass, wie Hwang und Kollegen (29) selbst zum Ausdruck bringen, die Forschung zur Wirksamkeit von Rauchpräventionsstrategien bei Jugendlichen qualitativ und inhaltlich sehr inhomogen und von definitorischen wie sonstigen wissenschaftlichen Problemen geprägt ist. Sogar von persönlichen Interessen, sei es „nur“ um die Meinungsführerschaft unter Wissenschaftlern, aber auch von politischen Interessen, nicht zuletzt von Seiten der Wirtschaft, kann sie beeinflusst sein.

Bevor wir zur unserer systematischen Zusammenfassung und unserem daraus abgeleiteten Fazit kommen, sei noch kurz auf den sehr interessanten Review von Lantz und Kollegen (30) über Rauchpräventions- und -kontrollprogramme für Jugendliche in den USA hingewiesen,



der wie der hier von uns vorgelegte nicht nur auf die Beurteilung sozialer Interventionen, sondern auch politischer Maßnahmen Wert legt. Auch diese Autoren weisen auf die bisherigen gemischten Erfolge von Rauchpräventionsstrategien hin, fordern aber, dass diese wesentlich besser geplant und koordiniert durchgesetzt werden sollten, um Synergieeffekte zu nutzen. Dem schließen wir uns gerne an. Zu wenig Aufmerksamkeit und Evaluation wurden ihrer Ansicht nach bisher auf Programme, die sich mit aggressiven Medienkampagnen, Ausstiegsprogrammen für schon rauchende Jugendliche, stark steigenden Zigarettenpreisen und Programmen, die die Jugendlichen stärker dazu bringen könnten, ihr soziales Umfeld zu ändern, gerichtet. Diese Überlegungen sind unserer Ansicht nach genauso gut auf Deutschland übertragbar wie die Forderung, dass viel mehr staatliches Geld und Gelder aus der Tabakindustrie speziell in jugendzentrierte Tabakpräventions- und -kontrollaktivitäten fließen müssten. Die Gründe hierfür haben wir schon dargelegt und werden es nochmals tun.

Tabakmissbrauch stellt in Deutschland, wie in vielen anderen Staaten auch, ein großes gesellschaftliches Problem dar. Kein anderer, so leicht zu benennender Einzelfaktor verursacht mehr Krankheit, frühzeitige Invalidität und Tod wie das Rauchen, entsprechend immens sind die damit verbundenen direkten und indirekten Folgekosten. Der Einstieg in das regelmäßige Rauchen geschieht zwischen dem 10. und dem 20. Lebensjahr, in dieser Zeit entwickelt sich auch die Abhängigkeit (8).

Das Einstiegsalter liegt derzeit in Deutschland im Schnitt bei 13,6 Jahren, im Alter von 15 Jahren rauchen bereits 25% der Jugendlichen, Jungen wie Mädchen, regelmäßig, was die Chancen, in vernünftiger Zeit wieder abstinent zu werden, drastisch mindert (5, 7). Somit werden nur effektive Maßnahmen der Primärprävention hier einen Wandel zu bewirken imstande sein.

Zentral angesetzt bei der Planung und Durchführung wirksamer Rauchpräventionsprogramme für Jugendliche muss bei den elementaren Risikofaktoren für einen Einstieg in den Tabakkonsum, denen diese Gruppe ausgesetzt ist. Neben der psychischen Bewältigung lebensphasenspezifischer Probleme gilt für sie dabei insbesondere, dem Druck ihrer sozialen Umwelt zu widerstehen. Wie wir gezeigt haben, sind vor allem Programme, die auf dem Prinzip der sozialen Einflussnahme aufbauen, dafür besonders geeignet. Dies sind in der Praxis neben Standfestigkeitstrainings vor allem Lebenskompetenztrainings, die zusätzlich über eine affektive Komponente das Selbstbewusstsein der Jugendlichen anwachsen lassen. Solche Programme sollten, um ihre volle Wirksamkeit entfalten zu können, individuell angepasst und methodisch abwechslungsreich sein.

Es gibt in der Praxis eine ganze Reihe verhaltensbezogener Strategien sowie gut evaluierter Maßnahmen auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen, eben da, wo man Jugendliche erreichen und vom Einstieg in den Tabakkonsum abhalten kann. Dies betrifft den familiären oder schulischen Bereich, wo der Kernbereich der Erziehung sein sollte, oder kann über Massenmedien oder politische Einflussnahme geschehen. Alle diese Ansätze zur Tabakprävention tragen, wie die Analysen der zahlreichen Studien und systematischen Reviews gezeigt haben, in mehr oder weniger hohem Masse dazu bei, die Quote an Nie- und

Nichtrauchern unter Jugendlichen im zeitlichen Verlauf zu steigern. Die Schule ist dabei der beste soziale Kontext, um effektive Verhaltensprävention zu betreiben. Verhältnisprävention, die gerade bei Rauchpräventionsmaßnahmen sehr effektiv ist, muss von gesellschaftlicher Seite gewünscht und dementsprechend politisch durchgesetzt werden. Keine der Maßnahmen ist jedoch für sich alleine ausreichend wirksam. Entsprechend sollten alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Gesellschaft eingesetzt werden, um das Rauchen, das immer noch eine unglaublich hohe soziale Akzeptanz genießt, aus unserer Gesellschaft zu verbannen. Insbesondere sollten, wie gezeigt, auch die staatlich-politischen Instrumente ausgeschöpft werden. Dies ist gerade im Hinblick auf die nahezu uneingeschränkte Werbefreiheit der Tabakindustrie und die uneingeschränkten Absatzstrukturen über die massenhaft aufgestellten Zigarettensautomaten in Deutschland ein äußerst brisantes Thema.

Die lange Latenz von 20 bis 30 Jahren vom Einstieg in das Rauchen bis zur Entwicklung der möglichen Konsequenzen macht die meisten Betroffenen blind vor den Folgen, es ist damit ja auch noch kein Problem der Jugend. Es sollte aber nicht darüber hinweg sehen lassen, wie grausam die rauchbedingten Folgeerkrankungen und der Tod im Einzelfall sein können. Jeder vom Einstieg in den Tabakkonsum bewahrte Jugendliche ist somit ein Mensch, der sich und seiner Umwelt durch ein bisschen Nachdenken viel Leid ersparen kann.

*Der Mensch hat drei Wege klug zu Handeln.*

*Erstens durch Nachdenken:*

*Das ist der edelste*

*Zweitens durch Nachahmung:*

*Das ist der leichteste*

*Drittens durch Erfahrung:*

*Das ist der bitterste*

*Konfuzius*

## Literatur

1. Junge B., Nagel M. (1999) Das Rauchverhalten in Deutschland. Gesundheitswesen 61: S121-S125
2. US DHHS 2004; U.S. Department of Health and Human Services: The Health Consequences of Smoking, A Report of the Surgeon General, Executive Summary. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health (2004).
3. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years` observation on male British doctors. BMJ 328: 1519-1533
4. Mikrozensus 2003 des Statistischen Bundesamtes, [www.destatis.de](http://www.destatis.de)
5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004-Teilband Rauchen, [www.bzga.de](http://www.bzga.de)
6. [www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/yph/hbhc/20030130\\_2](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/yph/hbhc/20030130_2)
7. Bölskei PL. (2004) Tabakentwöhnung: Kritische Bestandsaufnahme und Chancen für die Zukunft. Pneumologie 58: 137-139
8. Hurrelmann K. (1998) Tabakprävention und Tabakentwöhnung bei Kindern und Jugendlichen. Sucht 44(1): 4-14
9. Darby SC. (2003) Tobacco - the importance of relevant information on risk. J. R. Statist. Soc. A 166: 225-231
10. SAMHSA, Office of Applied Studies (2002) National Survey on Drug Use and Health
11. Flay BR. (1993) Youth tobacco use: risks, patterns and control. In: Slade J., Orleans CT. (Hrsg) Nicotine addiction: principals and management. New York; 365-384
12. Kröger C., Hanewinkel R. (1996) Prävention des Rauchens in der Schule. PRAXIS der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 34: 134-139
13. Bühler A. (o. J.) Entwicklungsorientierte Evaluation eines suchtpreventiven Lebenskompetenzprogramms. Unveröffentlichte Dissertation
14. Leppin A. (1994) Gesundheitsförderung in der Schule. In: Kolip P., Hurrelmann K., Schnabel P-E. (Hrsg) Jugend und Gesundheit, Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim; 235-250
15. Thomas RE., Baker P., Lorenzetti D. (2003) Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents (Protocol). The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD004493
16. Thomas R. (2002) School-based programmes for preventing smoking. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD001293
17. Skara S., Sussman S. (2003) A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. Preventive Medicine 37: 451-474
18. Tobler NS., Roona MR., Ochshorn P., Marshall DG., Streke AV., Stackpole KM. (2000) School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. The Journal of Primary Prevention 20(4): 275-336

19. Hanewinkel R., Wiborg G. (2003) Förderung des Nichtrauchens in der Schule: Ergebnisse einer prospektiven kontrollierten Interventionsstudie. *Sucht* 49(6): 333-341
20. Wiborg G., Hanewinkel R. (2001) Konzeption und Prozessevaluation eines schulischen Nichtraucherwettbewerbs. *Sucht* 47(1): 25-32
21. Sowden AJ., Arblaster L., Stead L. (2003) Community interventions for preventing smoking in young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No. CD001291
22. Holleederer A., Bölcskei PL. (2002) Förderung von Lebenskompetenzen in der Schule - Effekte eines gemeindeorientierten Präventionsprogramms auf den Zigarettenkonsum. *Sucht* 48(5): 357-369
23. Sowden AJ., Arblaster L. (1998) Mass media interventions for preventing smoking in young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No. CD001006
24. Stead LF., Lancaster T. (2002) Interventions for preventing tobacco sales to minors. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD001479
25. Dürr W., Grosman W., Bauer M. (2002) Ansatzpunkte für die Rauchprävention bei 15-jährigen Schülerinnen und Schülern auf nationaler und schulischer Ebene. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 25: 5-16
26. Lovato C., Linn G., Stead LF., Best A. (2003) Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.:CD003439
27. Amstad H., Mühlemann R. (1993) Rauchprävention bei Jugendlichen – Einsatz und Evaluation von Werbung in öffentlichen Verkehrsmitteln. *Prävention* 16: 136-141
28. Sussman S. (2002) Tobacco Industry Youth Tobacco Prevention Programming. *Prevention Science* 3(1):
29. Hwang MS., Yeagley KL., Petosa R. (2004) A Meta-Analysis of Adolescent Psychosocial Smoking Prevention Programs Published Between 1978 and 1997 in the United States. *Health Education & Behavior* 31(6): 702-719
30. Lantz PM., Jacobson PD., Warner KE., Wasserman J., Pollack HA., Berson J., Ahlstrom A. (2000) Investing in youth tobacco control: an review of smoking prevention and control strategies