



Schlussbericht für Tabakpräventionsprojekte und -programme

(bitte nicht handschriftlich ausfüllen)

Projektname	Entwicklung und Machbarkeitsüberprüfung eines integrativen Gruppenrauchstopp-Programms für erwachsene Tabakabhängige, die auch regelmässig Cannabis konsumieren	
Projektstart	01.05.2011	
Projektende	31.01.2014	
Beitragsempfängerin / Beitragsempfänger	Name Strasse / Nr. PLZ / Ort	Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF Konradstrasse 32 Postfach 8031 Zürich
Kontaktperson	PD Dr. Michael Schaub	
Verfügungsnummer	11.002932	
Verfügungssumme	392'966 CHF	

Ort / Datum

Unterschrift

Zürich, 28.2.2014

INHALTSVERZEICHNIS

Teil A	2
1 Zusammenfassung des Schlussberichts.....	2
2 Beurteilung der Resultate	4
1. Beschreibung der Stichprobe	7
1.1. Rekrutierung	7
1.2. Einschlusskriterien und Stichprobengrösse	7
1.3. Soziodemographischer Hintergrund	8
1.4. Rauchverhalten vor Kursbeginn.....	8
1.5. Alkohol und illegale Drogen	8
2. Kursstatistik	8
3. Ergebnisse für Tabak- und Cannabis-Konsum.....	9
3.1. Abstinenz	9
3.2. Konsumhäufigkeit	9
3.3. Tabak-Abhängigkeit (FTND)	10
3.4. Cannabis-Problemkonsum (CUDIT).....	10
3.5. Aufhörmotivation.....	10
3.6. Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich kombinierter Tabak- und Cannabisabstinenz.....	11
4. Verlauf Aufhörversuche	11
4.1. Konsumziele	11
4.2. Vorrübergehende Abstinenz.....	11
4.3. Abfolge Aufhörversuche	12
4.4. Nikotinersatztherapie, Medikamente zum Rauchstopp und weitere Medikamente.....	12
4.5. Entzugssymptome am Kursende	13
4.6. Gelernte Strategien	13
4.1. Probleme während des gleichzeitigen Ausstiegs(versuchs) und Gründe für vorzeitigen	13
Kursausstieg	13
5. Meinung und Wissen über den Zusammenhang von Tabak und Cannabis.....	14
6. Gesundheit und Alkoholkonsum	15
6.1. Allgemeiner Gesundheitszustand.....	15
6.2. Angst	16
6.3. Depressivität	16
6.4. Alkoholkonsum	16
7. Kursevaluation	16
7.1. Kursevaluation durch die Teilnehmenden	16
7.2. Kursevaluation durch die Kursleitenden	18
7.3. Weiterführende Evaluationen.....	20
3 Nachhaltigkeit und Valorisierung (Nutzung)	21
4 Chancengleichheit	22
5 Weitere Punkte.....	22

Teil A

1 Zusammenfassung des Schlussberichts

Stellen Sie kurz den Projektverlauf, wichtigste Erkenntnis über Ergebnisse sowie Ihre Empfehlungen dar.

Hintergrund

Da eine Vorstudie zum vorliegenden Projekt sowie die Fachliteratur einen Bedarf für eine Rauchstopp-Intervention, die auf Co-Rauchende von Tabak und Cannabis ausgerichtet ist, sieht, wurde im Rahmen dieses Projekts das erste Programm für diese spezielle Zielgruppe entwickelt und auf seine Machbarkeit hin untersucht. Gemäss den Ergebnissen der Vorstudie ist bei der Zielpopulation nur eine moderate Bereitschaft zum gleichzeitigen Tabak- und Cannabis-Stopp zu erwarten, die auch mit dem mangelnden Bewusstsein über den Zusammenhang von Tabak- und Cannabiskonsum zusammenhängen könnte.

Das Programm i-cut

i-cut (integrativer Cannabis- und Tabak-Rauchstoppkurs) ist ein Gruppen-Rauchstoppkurs für Personen, die sowohl täglich Zigaretten oder vergleichbare Tabakprodukte rauchen als auch regelmässig Cannabis konsumieren. Das Kursmanual wurde in einem interdisziplinären Team in Anlehnung an ein bestehendes Rauchstopp-Programm (Queer Quit), ergänzt durch Cannabis-spezifische Elemente, entwickelt. Es bestand in seiner ersten Version aus 5 wöchentlich abgehaltenen Kursabenden von jeweils 2 h Dauer und wurde nach einer ersten Testphase auf 6 Kursabende erweitert (siehe auch Abbildung 1). Den Kurssitzungen geht ein unverbindlicher Informationsabend voraus. Einige Wochen nach Abschluss der Kurse wird ein Nachtreffen ohne eigentliches Kursprogramm durchgeführt. Die Gruppengrösse war für die Machbarkeitsstudie auf ein Minimum von 7 Teilnehmenden (TN) festgelegt. Das Manual ist (bisher) nur für erwachsene TN ausgerichtet. Die Kursleitung wird jeweils zu zweit vorgenommen, wobei mindestens eine Person Arzt/Ärztin sein soll. Einige Mitglieder des Programmentwicklungs-Teams übernahmen selbst die Leitung von Kursen. Das primäre Kursziel ist Abstinenz von Tabak und Cannabis, alle TN sollen an Kursabend 3 (dem sogenannten Quit Day) gemeinsam einen gleichzeitigen Tabak- und Cannabis-Rauchstoppversuch unternehmen.

Um die aufgrund der Ergebnisse der Vorstudie erwarteten Rekrutierungsprobleme zu vermeiden, wurde zusammen mit dem Kursmanual eine ausführliche Rekrutierungsstrategie entwickelt. Zum einen wurde eine Internetseite aufgebaut, die einerseits über den Kurs informiert und andererseits drei kurze Interventionen enthält, die für den Zusammenhang zwischen Tabak- und Cannabis-Konsum sensibilisieren sollen. Zum anderen wurden die Informationen über das bestehende Kursangebot sowie der Link zur Internetseite möglichst breit gestreut (Flyer, Broschüren, Pressemitteilung).

Methodik der Machbarkeitsstudie

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie traten 77 Personen einen Kurs an, wovon 62.3% den Kurs vollständig besuchten. Informationen über die Machbarkeit und Hinweise auf die Wirksamkeit von i-cut wurden mit verschiedenen Methoden gewonnen (siehe Abbildung 1). Die TN mussten am Informationsabend (T1), am letzten Kursabend (T2) sowie bei einer postalischen Nachbefragung 6 Monate nach dem vom Kurs festgelegten Quit Day (T3) Fragebögen ausfüllen. Zudem mussten sie am ersten und am letzten Kursabend sowie bei der Nachbefragung Speichelproben zur Messung des Cotinin-Werts abgeben. Während der Kursabende wurden jeweils der Wochenkonsum von Tabak und Cannabis sowie der Kohlenstoffmonoxid-Wert erhoben. Die Kursleitenden (KL) evaluierten i-cut nach Abschluss aller Kurse mit einem Fragebogen sowie in Leitfadengestützten Interviews.

Ergebnisse

Die Machbarkeit von i-cut wurde bestätigt. Es war möglich, genügend Personen für die Teilnahme am Kurs zu rekrutieren und die Kurse konnten ohne Zwischenfälle durchgeführt werden. Einen kombinierten Rauchstoppversuch von Tabak und Cannabis haben aber nur 36% aller TN, die den Kurs begonnen haben, unternommen. Insgesamt haben 53% aller TN sowohl ihren Tabak- als auch ihren Cannabis-Konsum während des Kurses zumindest unterbrochen, wobei manche mit beiden Substanzen gleichzeitig und andere versetzt aufgehört haben. In den 7 Tagen vor der Nachbefragung berichteten insgesamt 23.4% Abstinenz von Tabak, Cannabis oder beiden Substanzen. 10.4% waren Tabak-abstinent und 19.5% Cannabis-abstinent. Einige, insgesamt 6 TN (7.8%), waren sowohl Tabak- als auch Cannabis-abstinent. Die nicht-abstinenten TN hatten jeweils ihren Konsum von Tabak respektive Cannabis signifikant reduziert, ohne dass der Konsum der jeweils anderen Substanz sich vergrösserte.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Der integrative Tabak- und Cannabis-Rauchstoppkurs erwies sich als machbar und wurde von den Kursleitenden als sinnvoll erachtet. Ausserdem stiess er bei der Zielgruppe auf grosse Akzeptanz. Es empfiehlt sich deshalb, diesen Ansatz weiterzuverfolgen und in einer randomisiert kontrollierten Studie die Wirksamkeit der Intervention zu überprüfen, um sie bei positivem Wirkungsnachweis in die Regelversorgung zu integrieren.

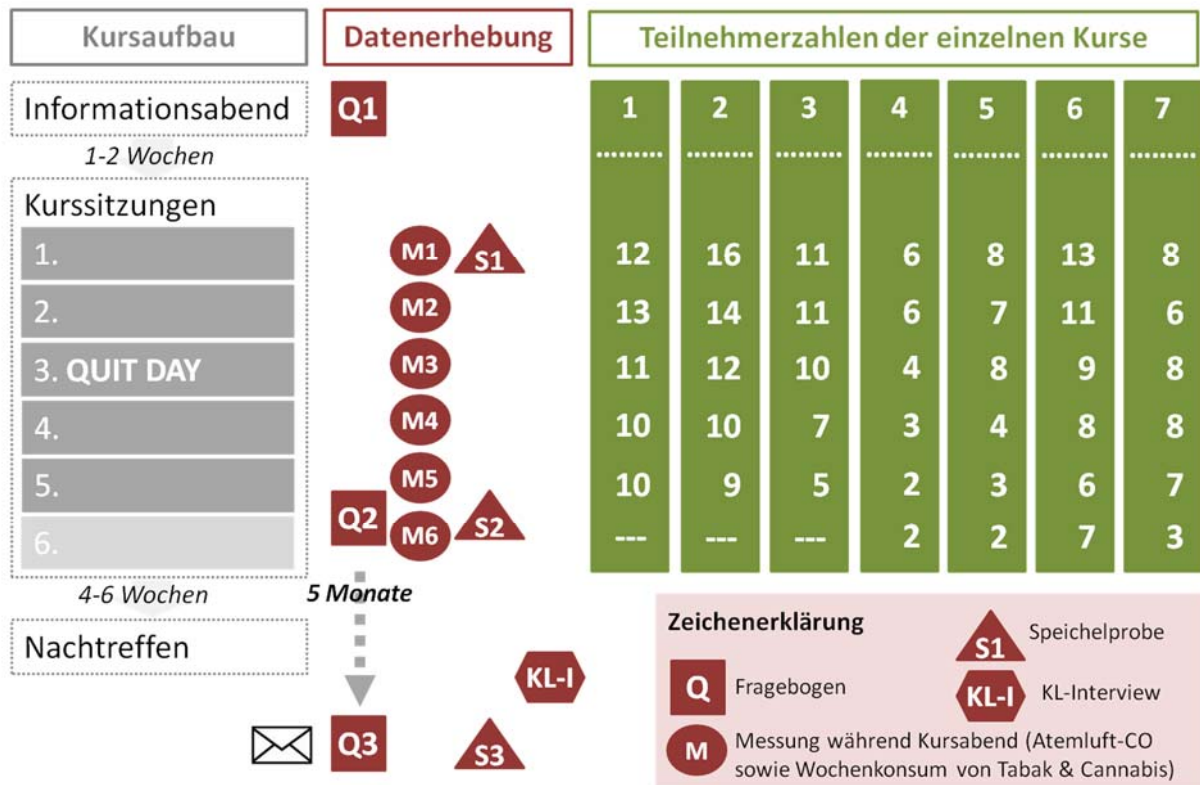


Abbildung 1: Übersicht über den Kursaufbau, die Erhebungen und die Teilnehmerzahlen

Abkürzungsverzeichnis:

fW = fehlende Werte

KL = Kursleitende

M = Mittelwert

SD = Standardabweichung

TN = Kurs-Teilnehmende

2 Beurteilung der Resultate

Falls Ihr Projekt extern evaluiert wurde, legen Sie bitte den Evaluationsbericht bei.

Welches waren Ihre Detailziele und angezielten Ergebnisse (Meilensteine) und wie beurteilen Sie die Zielerreichung?
Bitte füllen Sie die untenstehende Tabelle aus.

Ziel (Detailziele / Meilensteine gemäss Gesuchseingabe Pt 4. / 4.1)	er-reicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	Kommentar
Detailziel 1.1. Rekrutierung von mindestens 80 TN, vollständiger Besuch der Kurse durch 70% der TN		X		Beide Ziele wurden nur knapp verfehlt: es wurden nur 77 TN für die Kurse rekrutiert, die die Einschlusskriterien erfüllten. 62.3% besuchten die Kurse vollständig.
Detailziel 1.2. Verlauf der Kurse ohne nennenswerte Komplikationen	X			Gemäss Interviews mit den KL
Detailziel 1.3. Kursleitende beurteilen den Kurs nach Durchführung noch als sinnvoll	X			Gemäss Interviews mit den KL
Detailziel 1.4. aktive Werbung durch Unispital ZH, Kantonsspital Winterthur, Krebs- und Lungenliga Kanton Zürich		X		Die genannten Stellen wurden alle über das Angebot informiert und erklärten ihre Bereitschaft, Klienten, die für i-cut in Frage kommen, weiterzuleiten. Tatsächlich sind aber die meisten TN direkt über die Berichte und Werbobotchaften in Zeitungen etc. gekommen.
Detailziel 2.1. 80% der TN können am Kursende 4 wichtigste Punkte zum Zusammenhang von Tabak und Cannabis nennen	X			
Detailziel 2.2. Zunahme der Aufhörbereitschaft zwischen Erstbesuch Webseite und Konsumstopptag		X		Als Vergleich wurde nicht die Aufhörbereitschaft am Konsumstopptag (diese wurde nicht erhoben), sondern die am Informationsabend verwendet. Rein deskriptiv war die Aufhörbereitschaft gestiegen, der Unterschied der sehr kleinen Stichprobe (N=20) war aber nicht statistisch signifikant. In der separaten Wirksamkeitsanalyse zur Internet-Intervention werden deren Effekte auf die Aufhörmotivation mit einer grösseren Stichprobe analysiert. Diese Ergebnisse finden sich nicht im Bericht, sondern im separaten Publikationsmanuskript.
Detailziel 2.3. 3 persönliche Alternativen zum Konsum können aufgezählt werden		X		Nicht alle TN haben diese Frage beantwortet in der Evaluation. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die TN, die den Kurs annähernd vollständig besucht haben, genügend Alternativen kannten, da diese jeweils in den Gruppendiskussionen ausgetauscht wurden.
Detailziel 3.1. alle TN unternehmen gleichzeitigen Tabak- und Cannabis-rauchstopp vom mindestens 2 Tagen Dauer			X	Insgesamt haben 53% aller TN sowohl ihren Tabak- als auch ihren Cannabis-Konsum während des Kurses zumindest unterbrochen. 36% haben einen gleichzeitigen Stopp unternommen.
Detailziel 3.2. bei der Nachbefragung möchte die Mehrheit der abstinenten TN weiterhin rauchfrei bleiben	X			Von den 8 Tabak-abstinenten TN bei der Nachbefragung gaben 7 TN an, weiterhin abstinent bleiben zu wollen.
Detailziel 3.3. bei der Nachbefragung sind 30% der TN tabakabstinent			X	Nur 10.4% der TN waren gemäss Selbstauskunft bei der Nachbefragung tabakabstinent.
Detailziel 3.3. bei der Nachbefragung haben 50% der weiterhin Rauchenden ihren Konsum reduziert	X			Alle noch Rauchenden haben ihren Tabak-Konsum bei der Nachbefragung signifikant reduziert.
Meilenstein 1 • Vorliegen des adaptierten Therapiemanuals, der Website und des eingereichten Ethikgesuchs • Vorliegen der Offerte für die externe Evaluation durch Dr. Holger Schmid	X			

Ziel (Detailziele / Meilensteine gemäss Gesuchseingabe Pt 4. / 4.1)	er- reicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	Kommentar
Meilenstein 2 • Zustimmung der Ethikkommission: Ab- bruch der Verfügung bei Nicht-Erhalt der Zustimmung	X			
Meilenstein 3 • Die Kursleiter sind geschult	X			
Meilenstein 4 • Die Rekrutierung ist abgeschlossen	X			
Meilenstein 5 • Die Kurse für 80 Personen wurden durchgeführt	X			
Meilenstein 6 • Follow-up Phase abgeschlossen • Machbarkeit und Wirksamkeit der Inter- vention sind analysiert • Provisorischer Schlussbericht für die Evaluation liegt vor	X			
Meilenstein 7 • Externe summative Evaluation ist ab- geschlossen.		X		Von der summativen Evaluation wurde abge- sehen; die Fragen zur Weiterführung des Pro- gramms wurden vom Projektteam mithilfe von zwei zusätzlichen Experteninterviews unter- sucht.
Letzter Meilenstein • Schlussbericht (sowie weitere Veröf- fentlichungen)	X			

Nennen Sie Beispiele an denen man den Unterschied sehen kann, den das Projekt bei der Zielgruppe macht (Income-Outcome-Relation) und nehmen Sie dabei Bezug zum Wirkungsmodell (www.tabak-praevention.ch / Rubrik Wirkungsmanagement).

Income

Ergebnisse der Vorstudie:

- Kenntnisse hinsichtlich der gesundheitsschädigenden Effekte von Cannabis niedrig (nur 50% der online Befragten stuften Kiffen als gesundheitsschädigend ein, Tabak wurde von 91% als gesundheitsschädigend eingestuft)
- Bereitschaft für Cannabis-Ausstieg und Doppel-Ausstieg eher gering
- Wissen/Bewusstsein bzgl. Zusammenhang von Tabak- und Cannabiskonsum eher gering, Tabak- und Cannabisabhängigkeit werden oft als zwei separate Probleme betrachtet

Outcome I (Wissen, Einstellungen, Werte, Fähigkeiten)

Beispiele messbarer Unterschiede der Zielgruppe:

- **Wissen:** Der Aussage „Der Rauch von Cannabis enthält krebserregende Stoffe.“ wird nach Kursabschluss häufiger zugestimmt (M=5.9) als vor Kursbeginn (M=4.3).
- **Einstellungen:** Die TN stimmen der Aussage „Ohne Tabak und Cannabis ist es schwieriger, sich zu entspannen.“ nach Kursabschluss weniger stark zu (M=3.1) als vor Kursbeginn (M=3.9).“

Outcome II (Handlen / Verhalten)

Beispiele messbarer Unterschiede der Zielgruppe:

- **Tabak-Abstinenz:** Eine Abstinenzrate von 10.4% (Punktprävalenz der Tabak-Abstinenz in den letzten 7 Tagen) nach 6 Monaten wurde erreicht.
- **Cannabis-Abstinenz:** Eine Abstinenzrate von 19.5% (Punktprävalenz der Cannabis-Abstinenz in den letzten 7 Tagen) nach 6 Monaten wurde erreicht.
- **Kombinierte Tabak- und Cannabis-Abstinenz:** Eine Abstinenzrate von 7.8% (Punktprävalenz der kombinierten Tabak- und Cannabis-Abstinenz in den letzten 7 Tagen) nach 6 Monaten wurde erreicht.
- **Konsumreduktion Tabak:** Die TN, die nach 6 Monaten nicht abstinent von Tabak waren, hatten ihren Tabak-Konsum von M=16.5 auf M=13.4 Zigaretten pro Tag reduziert.
- **Konsumreduktion Cannabis:** Die TN, die nach 6 Monaten nicht abstinent von Cannabis waren, hatten ihren täglichen Cannabis-Konsum von M=3.2 auf M=2.4 mal pro Tag reduziert.

Outcome III (Status / Lebenslage)

Beispiele messbarer Unterschiede der Zielgruppe:

- **Allgemeiner Gesundheitszustand:** Die Werte der TN auf der Psychischen Summenskala des SF-12 waren sowohl nach Kursende als auch bei der Nachbefragung höher als vor Kursbeginn.
- **Lebensgefühl/Depressivität:** Die Depressivitätswerte der TN (gemessen mit dem BDI-V) waren sowohl am Kursende als auch bei der Nachbefragung signifikant verbessert im Vergleich zur Befragung vor Kursbeginn.
- **Angst:** Die Angstsymptomatik der TN (gemessen mit dem BAI) war sowohl am Kursende als auch bei der Nachbefragung signifikant verbessert im Vergleich zur Befragung vor Kursbeginn.

Output

- Kursunterlagen (Manual für Kursleitung, Manual und Konsumtagebuch für Teilnehmende)
- Website (Programmwebseiten und Interventionswebseiten zur Erhöhung der Bereitschaft zum gleichzeitigen Ausstieg aus dem Tabak und Cannabis-Konsum)
- Flyer und Faltblätter
- 7 durchgeführte Kurse
- Diverse Berichte in Zeitung, TV und Radio beim Studienstart
- Inserat in Online-Zeitung
- 5 Referate an wissenschaftlichen Fachkongressen
- 1 Publikation in einer Schweizer Fachzeitschrift
- 3 Manuskripte für englischsprachige Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren (davon eines bereits publiziert)
- Einträge der Machbarkeitsstudie (<http://www.controlled-trials.com/ISRCTN15248397/cannabis>) und der Evaluationsstudie der Internet-Intervention (<http://www.controlled-trials.com/ISRCTN56326375/cannabis>) im Studienregister Current Controlled Trials

Anmerkung zu den Auswertungen

Die Analysen zur Abstinenz, zur Konsumhäufigkeit, zur Tabak-Abhängigkeit und zum Cannabis-Problemkonsum wurden gemäss dem Intention-to-treat-Ansatz berechnet. Dies bedeutet, dass alle 77 TN, die die Intervention angetreten haben, in den Analysen berücksichtigt. Sofern keine Daten von ihnen vorliegen, wurden ihnen konservative (den Hypothesen entgegen stehende) Werte zugewiesen. Das heisst im Falle von Abstinenzraten, dass die TN, von denen keine Angaben vorlagen, als nicht-abstinent gezählt wurden. Bei fehlenden Konsumhäufigkeiten am Kursende (T2) und/oder bei der Nachbefragung (T3) wurden die Werte von T1 eingesetzt. Analog wurde auch mit den Skalenwerten des Fagerström-Tests, CUDIT (Cannabis Use Disorder Identification Test), BDI-V (Vereinfachtes Beck-Depressions-Inventar) und BAI (Beck-Angst-Inventar) verfahren. Bei der Beschreibung der Ergebnisse ist jeweils in Klammern die Anzahl an fehlenden Werten (fW) angegeben.

1. Beschreibung der Stichprobe

1.1. Rekrutierung

Rekrutierungsmethoden

Die Rekrutierung wurde über verschiedene Kanäle vorgenommen. An Suchtberatungs- und allgemeinmedizinische Zentren wurden Flyer und Broschüren verschickt. Eine Pressemitteilung zum Start der Kurse wurde an viele Zeitungen verschickt, die – wie auch einige Fernseh- und Radiosender – über das Programm und die begleitende Studie berichteten. Um den Interessierten möglichst niederschwellig weitere Informationen zu bieten, wurde eine Programm-Website entwickelt.

Die Programm-Website www.i-cut.ch

Die Programm-Website besteht aus zwei Teilen:

Einerseits beinhaltet sie Informationen über die Kurse (z.B. Kursdauer, Kurskosten, Ablauf, Teilnahmebedingungen, Kursdaten und -orte) und bietet die Möglichkeit, sich für einen Informationsabend anzumelden.

Andererseits enthält sie drei verschiedene kurze online-Interventionen, die das Ziel verfolgen, die Bereitschaft zum gleichzeitigen Tabak- und Cannabis-Ausstieg zu erhöhen. Die drei online-Interventionen werden in einer separaten Studie auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Hierfür werden die Website-User, die sich zur Studienteilnahme bereit erklärt haben, zufällig einer der drei Interventionen zugewiesen. Die drei Interventionen unterscheiden sich bezüglich ihres Ausmasses an Interaktivität, Personalisierung und Wissensvermittlung. Dieser Teil ist zusätzliche Leistung des ISGF, da er nicht in dieser Form im Gesuch vorgesehene war. Weitere Informationen zu den drei Interventionen sowie der Wirksamkeitsstudie finden sich auf <http://www.controlled-trials.com/ISRCTN56326375/cannabis>.

Woher haben die TN von i-cut erfahren?

Von den 48 TN, die eine Auskunft gaben, woher sie vom Kursangebot erfahren haben, gaben 72.9% (35 TN) die Gratiszeitung 20 Minuten an. 18.8% (9 TN) nannten die Internetseite dieser Zeitung als Informationsquelle. 8.4% (4 TN) hatten ein Plakat im Stadtbus Winterthur gesehen. Ausserdem hatten drei der TN von einem Suchtberatungszentrum resp. einer Psychologin von i-cut erfahren, ein TN hatte auf der Internetseite www.ronorp.net von i-cut gelesen (Mehrfachnennungen waren hier möglich).

1.2. Einschlusskriterien und Stichprobengrösse

Für die Kurse wurden auch einige Personen zugelassen, die nicht alle ursprünglich vorgesehenen Einschlusskriterien exakt erfüllt haben, sofern es noch Platz in den Kursen gab. Von diesen TN wurden diejenigen jedoch nicht in den Auswertungen berücksichtigt, die die Einschlusskriterien bezüglich Konsumfrequenz klar unterschritten oder eine ernste psychiatrische Erkrankung (z. B. Schizophrenie) aufwiesen. TN, die die Mindestkriterien bezüglich der Konsumfrequenz von Zigaretten leicht unterschritten, wurden dann eingeschlossen, wenn sie durch häufigen Cannabis-Konsum gemischt mit Tabak einen ebenfalls hohen Tabak-Konsum vorwiesen. Dies war bei fünf TN der Fall. Ein weiterer TN konsumierte etwas seltener als wöchentlich Cannabis, rauchte aber durchschnittlich 10 Zigaretten pro Tag und wurde deshalb eingeschlossen. Insgesamt 104 Personen waren zum Informationsabend erschienen oder haben die Informationsunterlagen per Post angefordert. Zwei Personen wurden im Voraus vom Kurs ausgeschlossen, weil sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten, und 19 Personen sind nicht zum Kurs erschienen oder haben ihre Teilnahme vor Kursbeginn abgesagt. Somit haben 83 Personen den Kurs angetreten, wovon 6 TN nachträglich von den Auswertungen ausgeschlossen wurden (1 TN gab trotz Abmachung keine Einverständniserklärung ab, 2 TN nahmen Medikamente zur Behandlung von Psychosen, 2 TN konsumierten weniger Cannabis als gemäss Einschlusskriterien gefordert, 1 TN hatte schon vor dem Informationsabend mit Tabakrauchen aufgehört).

1.3. Soziodemographischer Hintergrund

Knapp drei Viertel (74%) aller TN waren Männer. Das durchschnittliche Alter lag bei $M=32.4$ Jahren, wobei die beiden jüngsten TN 19 Jahre und der älteste TN 62 Jahre alt waren. Mit 87.0% war der Grossteil der TN schweizerischer Nationalität, die übrigen TN kamen aus Deutschland, Italien oder Österreich. Als höchsten Schulabschluss gab ein grosser Teil die Berufsschule/Lehre an (36.8%). Die übrigen TN verteilten sich folgendermassen: kein Abschluss (3.9%), Volksschule (7.8%), Matura (6.5%), weiterführende Berufsschule/BMS (10.4%), Fachhochschule (11.7%), Uni/ETH (19.5%), Anderes/keine Angabe (3.9%). Als momentane Tätigkeit gaben drei Viertel Berufstätigkeit an (74.0%), in Ausbildung sowie erwerbslos waren jeweils weitere 6.5%.

1.4. Rauchverhalten vor Kursbeginn

Tabak

Im Durchschnitt rauchten die TN vor Kursbeginn $M=16.1$ ($SD=9.0$) Zigaretten bzw. Tabakprodukte täglich (hier ausgeschlossen: mit Tabak gemischte Cannabis-Joints). Das Einstiegsalter lag bei $M=15.7$ Jahren ($SD=2.4$).

Cannabis

Cannabis wurde von den TN in der Woche vor der ersten Befragung durchschnittlich $M=3.0$ ($SD=1.9$) mal pro Tag konsumiert. Das Einstiegsalter für Cannabis-Konsum lag bei $M=16.6$ Jahren ($SD=3.3$).

Bisherige Rauchstopppversuche

Die grosse Mehrheit (79.2%) hatte schon mindestens einmal versucht mit dem Tabakrauchen aufzuhören. Nur vier TN gaben an, schon einmal an einem Rauchstopp-Kurs teilgenommen zu haben. Ein Grossteil der TN 46.8% gab an, nach dem Tabakstopp mehr Cannabis konsumiert zu haben, nur 11.7% hatten diesen Zusammenhang nicht erlebt.

Drei Viertel (75.3%) hatten schon mindestens einmal versucht, ihren Cannabis-Konsum zu stoppen. Wie bei Tabak hatten nur 4 TN einen Cannabis-Stopp-Versuch mit professioneller Hilfe unternommen. Beim Cannabis-Stopp hatte ein noch grösserer Teil (61.0%) einen „balancing effect“ erlebt und nach dem Cannabis-Stopp mehr Tabak geraucht.

Mindestens einen gleichzeitigen Stopp des Tabak- und Cannabiskonsums hatten hingegen erst 23.4% unternommen.

1.5. Alkohol und illegale Drogen

Alkohol

Vor Kursbeginn gaben die meisten TN an, 2-4x pro Monat (19.9%, 23/77), 2-3x pro Woche (35.1%, 27) oder 4x pro Woche und häufiger (22.1%, 17) Alkohol zu trinken. Rauschtrinken (bei Frauen/Männern mehr als 3/4 Standardgetränke pro Abend) wurde von 24.7% (19/77, 2 fehlende Werte (fW)) seltener als einmal pro Monat, von 35.1% (27) jeden Monat und von 26.0% (20) jede Woche betrieben. sechs Personen tranken diese Menge nie innerhalb von einer Gelegenheit und drei TN gaben an, dies (fast) jeden Tag zu tun.

Illegale Drogen

Der Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis war unter den TN deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung^{*1}. Knapp die Hälfte der TN (48%, 29/77, 0 fW) gaben vor Kursstart an, schon Kokain konsumiert zu haben, und 19.5% (15/77) hatten in den vergangenen 30 Tagen Kokain genommen. Die Lebenszeitprävalenzrate für Kokain lag bei 58.4% (45/77, 0 fW), die 30-Tage-Prävalenzrate bei 10.4% (8/77, 1 fW). Heroin hatten 5.2% (4/77, 0 fW) und Methadon 2.6% (2/77, 0 fW) jemals genommen.

2. Kursstatistik

Von den 77 TN besuchten 48 (62.3%) den Kurs vollständig. Als vollständiger Besuch wurde gewertet, wenn an maximal einem Kursabend gefehlt wurde oder an zwei Abenden, wenn der Abschlussabend besucht wurde. In Tabelle 1 sind die durchgeführten Kurse und ihre Teilnehmerzahlen aufgeführt. Die Anteile an vollständig Teilnehmenden variieren beträchtlich zwischen 25.0% und 92.3%. Die Tabelle legt hier einen Zusammenhang mit der Kursgrösse nahe: bei kleineren Kursen besuchten weniger TN die Kurse vollständig im Vergleich zu grösseren Gruppen. Die beste Retention erzielten Kurse mit einer Gruppengrösse ab acht TN.

¹ Gmel G., Kuendig H., Maffli E., Notari L., Wicki M., Georges A., Grisel-Staub E., Müller M., Dubois-Arber F., Gervasoni J.-P., Lucia S., Jeannin A., Uchtenhagen A., Schaub M. (Hg.), Suchtmonitoring Schweiz / Jahresbericht – Daten 2011, Bern 2012.

Tabelle 1: Übersicht durchgeführte Kurse und Besuchsraten

Kurs-Nummer	Anzahl TN	Vollständiger Kurs-Besuch
		Anzahl (%)
1 (Zürich), 5 Kursabende (Start am 25.01.2012)	13	12 (92.3)
2 (Zürich), 5 Kursabende (Start am 25.01.2012)	16	10 (62.5)
3 (Winterthur), 5 Kursabende (Start am 26.01.2012)	11	8 (72.7)
4 (Zürich), 6 Kursabende (Start am 11.04.2012)	6	3 (50.0)
5 (Winterthur), 6 Kursabende (Start am 10.05.2012)	8	2 (25.0)
6 (Zürich), 6 Kursabende (Start am 15.06.2012)	13	7 (53.0)
7 (Zürich), 6 Kursabende (Start am 21.08.2012)	10	6 (60.0)
Total	77	48 (62.3)

3. Ergebnisse für Tabak- und Cannabis-Konsum

3.1. Abstinenz

Am Kursende berichteten 41.5% der Teilnehmenden, in den vergangenen 7 Tagen **abstinent von Tabak, Cannabis, oder beiden Substanzen** gewesen zu sein. Bei der Nachbefragung nach 6 Monaten lag dieser Prozentsatz bei 23.4%. Die substanzspezifischen Abstinenzraten sind nachfolgend aufgeschlüsselt:

Tabakprodukte (ausser Joints)

Vor Kursbeginn hatten alle Teilnehmer noch **Tabakprodukte** geraucht. Am Kursende gaben 32.5% (35/77, 17 fW) der TN an, in den letzten 7 Tagen keinen Tabak geraucht zu haben. Bei der Nachbefragung waren dies noch 10.4% (8/77, 17fW). 7.8% (6/77, 18fW) haben über einen Zeitraum von 4 Wochen vor der Nachbefragung keine Tabakprodukte geraucht.

Cannabis

Auch Cannabis wurde von allen TN vor Kursbeginn der Woche vor der Befragung mindestens einmal konsumiert. Am Kursende gaben 23.4% (18/77, 16 fW) an, in der vergangenen Woche kein Cannabis konsumiert zu haben. Bei der Nachbefragung hatten 19.5% (15/77, 15 fW) in der vergangenen Woche und 13.0% (10/77, 16 fW) in den vergangenen 4 Wochen keinen Cannabis konsumiert.

Kombinierte Abstinenz

Nach Kursabschluss hatten 14.3% (11/77, 16 fW) in den 7 Tagen vor der Befragung weder Tabak noch Cannabis konsumiert; bei der Nachbefragung lag der Anteil an Kombiniert-Abstinenten bei 7.8% (6/77, 17 fW).

Tabakabstinenz gemäss Cotinin-Proben

Zusätzlich zur Selbstausskunft durch die TN wurde Tabakabstinenz auch durch Speichelproben erhoben. Mit dieser Methode wurde Cotinin, ein Abbauprodukt von Nikotin, gemessen. So konnte auch allenfalls in einem Cannabis-Joint beigemischter Tabak etc. nachgewiesen werden. Gemäss der Cotinin-Werte war zu Beginn der Intervention kein TN Tabak-abstinent. Am Ende der Intervention waren 15.6 % (12/77, 25 fW) Tabak-abstinent und bei der Nachbefragung 6.5% (5/77, 39 fW).

3.2. Konsumhäufigkeit

Tabak

Im Durchschnitt rauchten die Teilnehmenden vor dem Kurs täglich 16.1 Zigaretten (SD=9.0, 1 fW). Diese Menge hatte sich am Kursende auf einen Mittelwert von M=7.7 Zigaretten pro Tag (SD=10.9, 17 fW) reduziert und stieg zur Nachbefragung wieder leicht an auf M=12.0 (SD=11.7, 17 fW). Bei den 69 TN, die bei der Nachbefragung angaben, (wieder) Tabak zu rauchen, hatte sich die Anzahl Zigaretten von M=16.5 (SD=9.2, 1 fW) auf M=8.5 (SD=11.3, 16 fW) am Kursende bzw. M=13.4 (SD=11.6, 17 fW) reduziert, wobei beide Unterschiede statistisch signifikant waren.

Cannabis

Cannabis wurde von den TN vor dem Kurs durchschnittlich 3 mal pro Tag konsumiert (SD=1.9, 0 fW), am Kursende lag die tägliche Konsumhäufigkeit bei M=1.6 (SD=1.9, 17 fW) und bei der Nachbefragung bei MW=1.9 (SD=1.9, 16 fW). Die 61 TN, die bei der Nachbefragung nicht Cannabis-abstinent waren, hatten ih-

ren täglichen Cannabis-Konsum von anfänglich $M=3.2$ ($SD=1.8$, 0 fW) auf $M=1.9$ ($SD=2.0$, 14 fW) am Kursende bzw. $M=2.4$ ($SD=1.8$, 16 fW) reduziert. Auch hier waren sowohl der Unterschied zwischen T1 und T2 als auch der zwischen T1 und T3 statistisch signifikant.

3.3. Tabak-Abhängigkeit (FTND)

Zu Kursbeginn lag der Summenwert des Fagerström-Test bei $M=4.0$ ($SD=2.0$, 1fW). Von den 69 TN, die bei der Nachbefragung nicht Tabak-abstinent waren, konnten ihren Wert zwischen dem Kursbeginn ($M=4.1$, $SD=2.0$, 1 fW) und dem Kursende ($M=3.5$, $SD=2.1$) signifikant reduzieren. Auch Wert bei der Nachbefragung ($M=3.5$, $SD=2.2$) lag statistisch signifikant unter dem Wert vor Kursbeginn.

3.4. Cannabis-Problemkonsum (CUDIT)

Der Summenwert auf dem Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT) lag vor Kursbeginn bei $M=16.6$ ($SD=7.0$). Der Summenwert der 61 TN, die in den 7 Tagen vor der Nachbefragung Cannabis konsumiert hatten, war bei der Nachbefragung ($M=16.0$, $SD=7.1$) signifikant geringer als vor Kursbeginn ($M=19.3$, $SD=6.5$).

3.5. Aufhörtmotivation

Wie in Abbildung 2 ersichtlich ist, hatten vor Kursbeginn mehr TN eine feste Aufhör-Absicht bezüglich Tabak im Vergleich zu Cannabis sowie dem gleichzeitigen Stopp, wofür jeweils die Mehrheit angegeben hatte, darüber nachzudenken. Am Kursende und bei der Nachbefragung (Abbildung 3 & Abbildung 4) wurde die Frage nur noch den TN gestellt, die in den vergangenen 7 Tagen die entsprechende Substanz konsumiert hatten. Hier hatten auch bezüglich Cannabis mehr TN angegeben, die feste Aufhör-Absicht zu haben als nur darüber nachzudenken. Am Kursende und bei der Nachbefragung hatten aber auch einige TN angegeben, gar nicht (mehr) aufhören zu wollen. Die TN, die abstinent waren, sollten angeben, wie schwer es ihnen fällt, auf die jeweilige Substanz zu verzichten. Verglichen mit der Nachbefragung gaben direkt nach Kursabschluss noch mehr TN an, dass es ihnen leicht falle, nicht zu rauchen; der hohe Anteil an fehlenden Werten muss hier allerdings berücksichtigt werden.

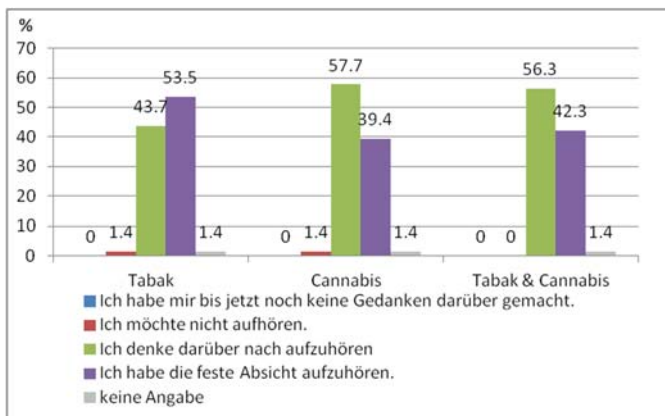


Abbildung 2: Aufhörtmotivation vor Kursbeginn (T1)

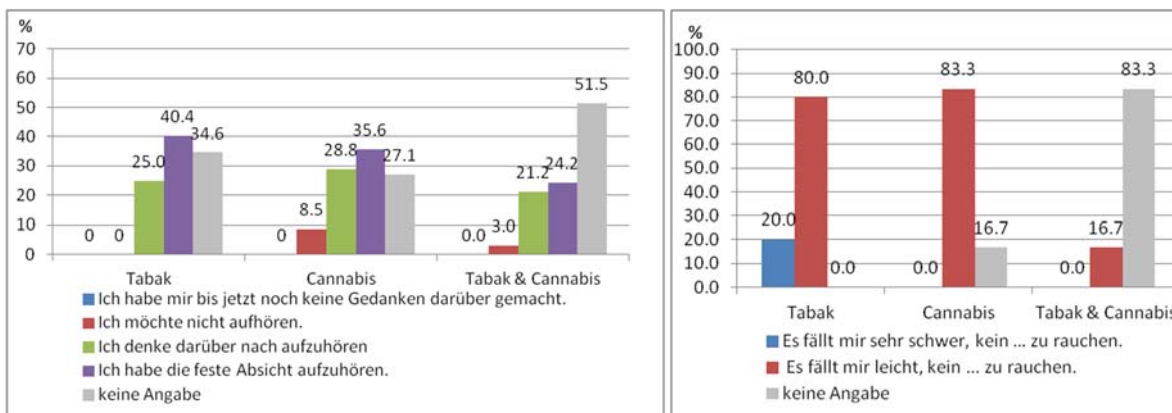


Abbildung 3: Aufhörtmotivation am Kursende (T2)

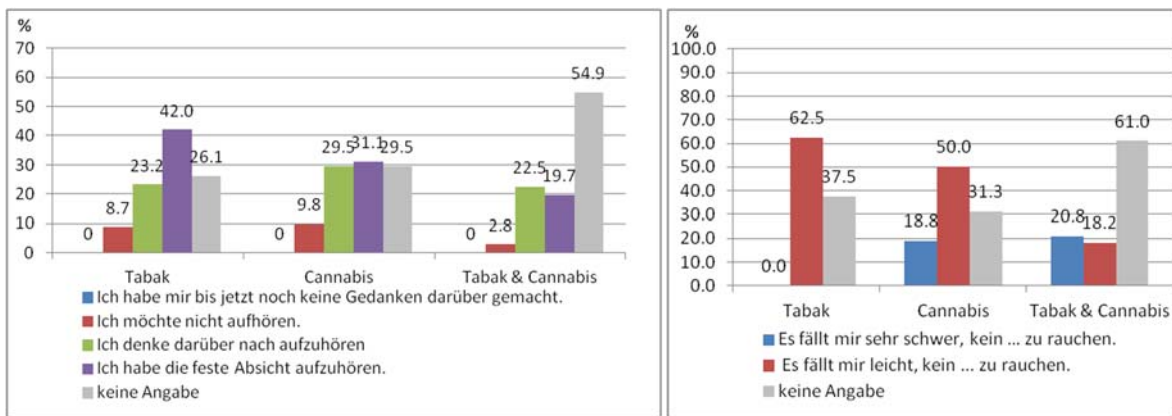


Abbildung 4: Aufhörmotivation bei der Nachbefragung (T3)

Zusätzlich sollten die Teilnehmenden auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 10 (sehr) einschätzen, wie sehr sie bereit sind a) mit dem Tabakkonsum, b) mit dem Cannabiskonsum sowie c) gleichzeitig mit dem Tabak- und Cannabiskonsum aufzuhören. Auch hier war bei T1 die Aufhörbereitschaft bezüglich Tabak mit $M=8.4$ ($SD=1.7$) höher als die Bereitschaft mit Cannabis ($M=7.5$, $SD=2.2$) oder mit beidem gleichzeitig ($M=7.6$, $SD=1.8$) aufzuhören. Am Kursende sowie bei der Nachbefragung lag bei den nicht-abstinenten TN die Bereitschaft aufzuhören für Tabak bei $M=8.0$ ($SD=2.2$) resp. $M=7.0$ ($SD=3.0$), für Cannabis bei $M=7.3$ ($SD=2.6$) resp. $M=6.2$ ($SD=3.1$) und für den kombinierten Ausstieg bei $M=6.6$ ($SD=2.4$) resp. $M=6.4$ ($SD=3.1$). Auch hier gab es bei T2 und T3 hohe Anteile an fehlenden Werten.

Aufhörmotivation von Personen, die die i-cut-Internetseite sowie den Informationsabend besucht haben

Von allen Personen, die zum Informationsabend gekommen waren, haben auch 20 auf der Internetseite ihre Motivation zum gleichzeitigen Tabak- und Cannabis-Stopp angegeben. Diese 20 Personen schätzten ihre Bereitschaft auf der Internetseite mit $M=7.5$ ($SD=2.3$) und bei der Befragung am Informationsabend mit $M=7.8$ ($SD=1.6$) ein, dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Die ausbleibende statistische Signifikanz könnte in der sehr kleinen Stichprobe begründet liegen, die durch die relativ geringe Überschneidung von Besuchern der Website und Besuchern des Informationsabends, der nur im Kanton Zürich angeboten wurde, zustande kam.

3.6. Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich kombinierter Tabak- und Cannabisabstinenz

Für 13 kritische Situationen mussten die TN auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr) angeben, wie zuversichtlich sie sind, in dieser Situation weder Tabak noch Cannabis zu rauchen. Vor Kursbeginn lag diese Einschätzung über alle Situationen hinweg bei $M=3.2$ ($SD=0.7$, 1 fW), nach Kursabschluss bei $M=3.3$ ($SD=0.7$, 24 fW) und bei der Nachbefragung bei $M=3.1$, $SD=0.9$, 31 fW). Der grosse Anteil an fehlenden Werten kann die stabile Selbstwirksamkeit möglicherweise erklären, da für T2 und T3 bei einem Grossteil der TN der Wert von T1 eingesetzt wurde.

4. Verlauf Aufhörversuche

4.1. Konsumziele

Tabak

Die deutliche Mehrheit (63.6%, 49/77, 22 fW) gab bei der Befragung am Kursende an, dass sie sich für den Kurs vorgenommen hatte, mit dem Tabakrauchen aufzuhören, während nur jeweils 3.9% (3/77, 22 fW) das Tabakrauchen reduzieren oder gar nicht aufhören wollten.

Cannabis

Auch bei Cannabis wollte die Mehrheit mit dem Konsum aufhören, wobei hier der Anteil mit 55.8% (43/77, 20 fW) weniger gross war. Weitere 13.0% (10/77, 20 fW) wollten ihren Konsum lediglich reduzieren und 5.2% (4/77, 20 fW) hatten überhaupt kein Ziel hinsichtlich ihres zukünftigen Konsums.

4.2. Vorrübergehende Abstinenz

Tabak

Wiederum eine klare Mehrheit (64.9%, 50/77, 20 fW) hat während des Kurses für mindestens einen Tag mit

dem Tabakrauchen aufgehört. Die durchschnittliche Anzahl an abstinenten Tagen lag bei $M=7.9$ ($SD=9.0$, 18 fW, alle fW wurden konservativ als 0 eingerechnet).

Cannabis

Cannabis hatte ein noch grösserer Teil zumindest für einen Tag aufgehört: 68.8% (53/77, 19fW). Wie bei Tabak lag die durchschnittliche Abstinenzdauer bei $M=7.9$ Tagen ($SD=9.8$, 19 fW, alle fW wurden als 0 eingerechnet).

4.3. Abfolge Aufhörversuche

Tabak

Bezüglich Tabak hatten 77.6% (38/49, 0 fW) derjenigen, die Tabak-Stopp als Ziel angegeben hatten, einen konkreten Tag festgelegt, an dem sie aufhören wollten, 22.4% (11) hatten keinen konkreten Tag gewählt. Von denen, die einen Tag festgelegt hatten, hatte mit 78.9% (30/38 1 fW) die Mehrheit den vom Kurs festgelegten gemeinsamen Quit Day als persönlichen Aufhör-Tag gewählt, weitere 7.9% (3) wollten vor und 10.5% (4) nach dem Quit Day aufhören. Von denen, die tatsächlich für mindestens einen Tag aufgehört hatten Tabak zu rauchen, hörten die meisten (52.2%, 24/46, 1 fW) am Quit Day auf, weitere 21.7% (10) vor und 23.9% (11) nach dem Quit Day.

Cannabis

Auch Cannabis wollten die meisten Aufhörwilligen (69.8%, 30/43, 1 fW) an einem konkreten Tag aufhören. 23.3% (10) hatten keinen konkreten Tag festgelegt. Analog zu Tabak wählten die meisten TN, die einen konkreten Tag festgelegt hatten, den gemeinsamen Quit Day 63.3% (19/30, 1fW). Lediglich 6.7% (2) hatten ihren persönlichen Aufhör-Tag vor und weitere 26.7% (8) nach dem Quit Day gesetzt. Von den TN, die mindestens einen Tag Cannabis-abstinent waren, hatten 45.3% (24/53, 1 fW) am Quit Day, 22.6% (12) vor und 30.2% (16) nach dem Quit Day aufgehört.

Reihenfolge Tabak – Cannabis

Von allen, die Cannabis aufhören wollten und sich dafür einen konkreten Termin gesetzt hatten, wollten 73.3% (22/30, 3 fW) gleichzeitig mit Tabak und Cannabis aufhören. 16.7% (5) wollten zuerst mit Cannabis und dann mit Tabak aufhören, die umgekehrte Reihenfolge wählte niemand. Von allen, die tatsächlich für mindestens einen Tag mit dem Cannabiskonsum aufgehört hatten, haben 52.8% (28/53, 4 fW) gleichzeitig mit dem Tabakkonsum gestoppt. 13.2% (7) hatten zuerst mit Cannabis und dann mit Tabak aufgehört und weitere 11.3% (6) berichteten die umgekehrte Reihenfolge. 15.1% (8) hatten zwar ihren Cannabis-Konsum beendet oder unterbrochen, aber nie mit ihrem Tabak-Konsum aufgehört. Von allen TN haben somit 53% (41/77) sowohl ihren Tabak- als auch ihren Cannabis-Konsum während des Kurses zumindest unterbrochen. 36% (28/77) haben einen gleichzeitigen Stopp unternommen.

4.4. Nikotinersatztherapie, Medikamente zum Rauchstopp und weitere Medikamente

Tabelle 2 führt auf, wie viele TN welche medizinischen Hilfsmittel zum Rauchstopp verwendet haben. Grundsätzlich war die Verwendung dieser Hilfsmittel niedrig, obwohl bereits an den Informationsabenden klar auf deren Vorteile hingewiesen wurde.

Tabelle 2: Verwendete Hilfsmittel für den Rauchstopp (Mehrfachnennung möglich)

	Während Kurs verwendet	Bei Kursabschluss noch verwendet
Nikotinkaugummi	7	4
Nikotinpflaster	2	4
Microtbas	1	0
Inhalator	2	2
Nasenspray	0	0
E-Zigarette	5	3
Nikotinkapseln	0	0
Champix®	2	1
Zyban®	0	0

Ausserdem gaben 3 TN an, eine psychologische oder Psychiatrische Behandlung/Therapie während der Kursteilnahme begonnen zu haben.

4.5. Entzugssymptome am Kursende

Auf einer Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 4 (stark ausgeprägt) sollten die TN angeben, wie stark sie 31 konkrete Entzugssymptome während des Kurses gefühlt haben. Die Anzahl an Entzugssymptomen, auf denen die TN mindestens mit „1“ bewerteten, variierte beträchtlich zwischen 1 und 31 vorhandenen Entzugssymptomen. Im Durchschnitt gaben die TN an, dass $M=10.8$ ($SD=9.3$) Entzugssymptome mindestens mit der Stärke 1 vorhanden waren. Die beiden erstgenannten Symptome, nämlich Cannabis- resp. Tabak-Craving, waren mit Einschätzungen von $M=2.3$ ($SD=1.4$, 19 fW) und $M=2.0$ ($SD=1.5$, 19 fW) am stärksten ausgeprägt. Alle übrigen Entzugssymptome lagen darunter.

4.6. Gelernte Strategien

Die TN wurden ausserdem nach persönlichen Strategien zum Umgang mit Craving nach Tabak, zum Umgang mit Craving nach Cannabis sowie Strategien um sich vom Tabak- und/oder Cannabis-Rauchen abzuhalten und um mit Problemen oder Stress umzugehen gefragt. Die Situation, für die die meisten TNangaben persönliche Strategien aufzählen zu können, war das Craving nach Tabak. Die meist genannten Strategien waren Ablenkung im Allgemeinen, spezifische Ablenkstrategien (z.B. aufräumen, Raum wechseln), Sport/Bewegung, etwas anderes in den Mund nehmen sowie Hilfsmittel (Nikotinersatzpräparate, Medikamente) verwenden.

4.1. Probleme während des gleichzeitigen Ausstiegs(versuchs) und Gründe für vorzeitigen Kursausstieg

Um zu erfassen, ob TN allenfalls schwerwiegende Probleme („adverse events“) während ihres Ausstiegs(versuchs) erlebt haben, die sie womöglich zum Kursausstieg bewogen haben, wurden telefonische Befragungen bei TN durchgeführt, die den Kurs nicht vollständig besucht hatten. Von den 29 Kurs-Abbrechern konnten 21 befragt werden. Tabelle 3 bietet einen Überblick über die gegebenen Antworten. Für drei der TN war das Erleben von schwerwiegenden Problemen ein Grund für ihren Kursabbruch. Andere hingegen haben den Kurs nicht bis zum Ende besucht, weil sie schon früher als vom Kurs vorgesehen mit dem Tabak- oder Cannabis-Rauchen aufgehört hatten.

Um herauszufinden, ob auch unter den TN, die den Kurs vollständig besucht haben, schwerwiegende Probleme auftraten, wurden die Kursleitenden befragt (siehe Abschnitt 7.2 Kursevaluation durch die Kursleitenden).

Tabelle 3: Gründe für vorzeitigen Kursausstieg, erhoben bei Kursabbrechern (Mehrfachnennung möglich, $n = 21$).

Gründe für vorzeitigen Kursausstieg	n	% der Antwortenden
Ich hatte schwerwiegende Probleme durch den gleichzeitigen Ausstieg(versuch) und musste den Kurs deswegen abbrechen.	3	14.3
Konzentrationsprobleme	1	4.8
Schlafprobleme	3	14.3
depressive Verstimmungen	2	9.5
Wahrnehmungsverzerrungen	1	4.8
Atemprobleme	0	0.0
Anderes, nämlich	1	4.8
Ich hatte keine Zeit mehr für den Kursbesuch.	8	38.1
Ich habe bereits vor dem Quit Day mit Tabak aufgehört und brauchte deshalb den Kurs nicht mehr.	3	14.3
Ich habe bereits vor dem Quit Day mit Cannabis aufgehört und brauchte deshalb den Kurs nicht mehr.	3	14.3
Ich wollte nicht (mehr) mit Tabak aufhören.	4	19.1

Ich wollte nicht (mehr) mit Cannabis aufhören.	2	9.5
Ich wollte nicht (mehr) <i>gleichzeitig</i> mit Tabak und Cannabis aufhören.	5	23.8
Ich hatte das Gefühl, dass der Kurs mir nichts bringt bzw. mir nicht hilft.	7	33.3
Anderes, nämlich	10	47.6

5. Meinung und Wissen über den Zusammenhang von Tabak und Cannabis

Die Einstellungen und das Wissen der TN bezüglich dem Zusammenhang von Tabak- und Cannabis-Konsum wurden durch mehrere Aussagen getestet, wobei die TN ihre Zustimmung auf einer Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (trifft völlig zu) angeben sollten. Die identischen Fragen wurden vor dem Informationsabend (T1) und am Kursende (T2) gestellt. Untenstehende Abbildung 5-10 zeigen die Aussagen. Bei folgenden Aussagen ergab der Vergleich zwischen den beiden Messzeitpunkten statistisch signifikante Unterschiede: Die mittlere Zustimmung zur Aussage "Ohne Tabak und Cannabis ist es schwieriger, sich zu entspannen." sank zwischen T1 und T2 auf M=3.9 auf M=3.1 (N=54). Der Aussage „Der Rauch von Cannabis enthält krebserregende Stoffe.“ wurde bei T1 M=4.3 signifikant weniger deutlich zugestimmt als bei T2 mit M=5.9. Tendenzielle Unterschiede ergaben sich ausserdem für die Aussagen „Gleichzeitig mit Tabak und Cannabis aufzuhören überfordert mich.“ (T1: M=4.0; T2: M=3.6) und „Beim Stopp von Tabak ODER Cannabis ist es wahrscheinlich, dass die Substanz, mit der man nicht aufhören wollte, verstärkt konsumiert wird“ (T1: M=5.2; T2=5.0).

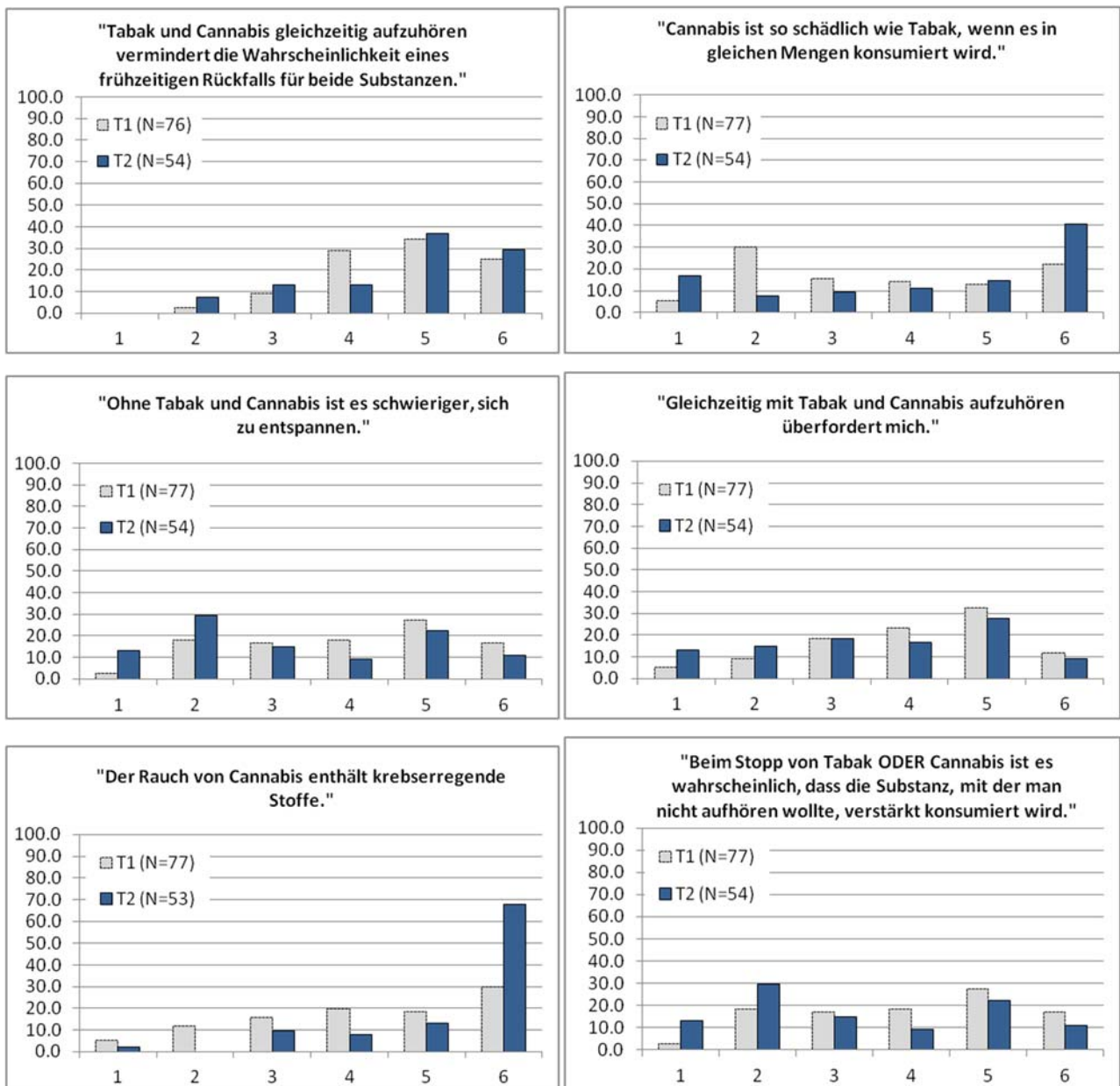


Abbildung 5-10: Zustimmung zu verschiedenen Aussagen über den Zusammenhang von Tabak- und Cannabis-Konsum

6. Gesundheit und Alkoholkonsum

6.1. Allgemeiner Gesundheitszustand

Mit dem SF-12 (Kurzform des SF-36) kann der Gesundheitszustand auf einer körperlichen und auf einer psychischen Summenskala abgebildet werden, wobei höhere Werte einen besseren Gesundheitszustand bedeuten. Während sich die TN vor Kursbeginn mit ihrem Wert von $M=51.2$ auf der Körperlichen Summenskala mit nicht signifikant von der Gesamtbevölkerung (Normstichprobe aus Deutschland, $M=50.22$) unterscheiden, weisen die TN einen signifikant tieferen Wert auf der Psychischen Summenskala auf ($M=43.1$) als die Vergleichsstichprobe ($M=53.25$). Bei der Körperlichen Summenskala ergaben die Vergleiche mit den Messungen nach Kursabschluss sowie bei der Nachbefragung keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 4). Im Gegensatz dazu waren die Werte auf der Psychischen Summenskala sowohl nach Kursabschluss als auch bei der Nachbefragung signifikant höher als vor Kursbeginn.

Tabelle 4: Verlauf der Werte auf der körperlichen und der psychischen Summenskala des SF-12 über die 3 Messzeitpunkte

	T1 M (SD)	T2 M (SD)	T3 M (SD)	Vergleich T1 – T2	Vergleich T1 – T3
Körperliche Summenskala	51.2 (6.1)	51.8 (5.7)	50.7 (5.0)	nicht signifikant	nicht signifikant
Psychische Summenskala	43.1 (11.3)	44.7 (11.8)	46.7 (11.0)	signifikant	signifikant

6.2. Angst

Angst wurde mit dem Beck-Angst-Inventar (BAI) erfasst. Je höher der Summenwert der 21 Items, desto stärker ausgeprägt ist die Angstsymptomatik. Wie Tabelle 5 zeigt, lag der Summenwert der TN vor Kursbeginn bei M=12.7 (SD=9.5) und war am Kursende und bei der Nachbefragung signifikant geringer.

6.3. Depressivität

Depressivität mit dem Vereinfachten Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) erfasst. Wie beim BAI bedeutet auch hier ein höherer Summenwert einen höheren Schweregrad der Symptomatik. Bei den Ergebnissen zeigte sich ein ähnliches Muster wie beim BAI: Der Schweregrad vor der Kursteilnahme war signifikant höher als beim Kursabschluss und bei der Nachbefragung.

6.4. Alkoholkonsum

Der Alkoholkonsum der TN wurde mit Hilfe des AUDIT-C (Kurzversion des Alcohol Use Disorder Identification Tests, ein Screening-Instrument für problematischen Alkoholkonsum) erfragt. Der Summenwert auf dem AUDIT blieb zwischen der Befragung vor und der Befragung nach dem Kurs unverändert, hatte sich aber bei der Nachbefragung signifikant verbessert (siehe Tabelle 5). Der Anteil von TN, die gemäss ihrem Summenwert als problematisch eingestuft wurden, lag vor dem Kurs bei 85.7%, nach dem Kurs bei 84.4% und bei der Nachbefragung bei 77.9%.

Tabelle 5: Verlauf der Summenwerte von BAI, BDI und AUDIT über die 3 Messzeitpunkte

	T1 M (SD)	T2 M (SD)	T3 M (SD)	Vergleich T1 – T2	Vergleich T1 – T3
BAI Summenwert	12.7 (9.5)	10.3 (9.5)	9.1 (8.2)	signifikant	signifikant
BDI Summenwert	35.7 (19.1)	29.5 (18.9)	29.0 (18.9)	signifikant	signifikant
AUDIT Summenwert	5.6 (2.3)	5.4 (2.3)	5.2 (2.5)	nicht signifikant	signifikant

7. Kursevaluation

7.1. Kursevaluation durch die Teilnehmenden

Der Fragebogen am Kursende enthielt einige Fragen zur Kursevaluation. Wie Tabelle 6 zeigt, schätzten die Teilnehmenden besonders die Möglichkeit, offen über illegale Themen reden zu können. Ebenfalls besonders positiv eingeschätzt wurde der Kurs in Bezug auf seine Verständlichkeit und in Bezug auf die Kursleitung.

Entsprechend schätzten die Teilnehmer das Modul „Konsumrückblick“ (siehe Tabelle 7) als besonders hilfreich ein. Als vergleichsweise weniger hilfreich wurden die Module „Alkohol“, „Ernährung, Bewegung und Körpergewicht“ sowie „Soziale Risikosituationen“ beurteilt, wobei die beiden erstgenannten in der zweiten Kursepisode nicht mehr expliziter Kursbestandteil, sondern nur noch zur Vertiefung im Anhang des Kursmanual zu finden waren. Die Speichelmessung wurde ebenfalls als relativ wenig hilfreich eingeschätzt, wobei

diese nur zu Studienzwecken durchgeführt wurde und den TN nur ein sehr verzögertes Feedback hierzu gegeben werden konnte. Die CO-Messung, die ein direktes Feedback lieferte, wurde entsprechend als hilfreicher beurteilt. Auch die optionalen Quit Teams wurden eher als weniger hilfreich gewertet, wobei nur 49.4% aller TN angaben, dass sie Teil eines Quit Teams waren.

In offenen Fragen konnten die TN angeben, was ihnen besonders am Kurs gefallen hat, was sie besonders gestört hat und was sie ändern würden. **Besonders gefallen** haben vor allem die Möglichkeit des Austausches mit Gleichgesinnten, im Speziellen die Gruppendiskussionen; die Atmosphäre, wobei vor allem die Offenheit der KL und der TN geschätzt wurde; die Kursleitenden an sich; die Gelegenheit zu sehen, dass andere ähnliche Probleme haben und das Gefühl zu bekommen, nicht alleine da zu stehen. Mehrere TN erwähnten unter **störender Aspekte** einzelne TN bzw. deren Dominanz oder fehlender Motivationsgrad. Die übrigen aufgeführten Aspekte wurden jeweils nur von ein bis zwei TN genannt. Hierzu gehörten z.B. spezifische Module sowie die Inhalte an sich, die grosse Gruppengrösse, dass das Manual nicht richtig „durchgegangen“ wurde, dass es zu wenig Verpflichtung zum Aufhören gab und dass so wenig TN erfolgreich waren. Auch die **Änderungsvorschläge** variierten stark und wurden jeweils nur von ein bis zwei TN erwähnt. Einzelne TN forderten mehr Verbindlichkeit, mehr theoretische Inputs und eine stärkere Berücksichtigung des Manuals, wohingegen sich andere weniger Theorie und mehr Zeit für Diskussion wünschten. Auch die Gruppengrösse wurde angesprochen, wobei sich andeutete, dass die gewünschte Gruppengrösse zwischen 8 und 14 TN liegt.

Auf einer Skala von 0 (definitiv nicht) bis 5 (definitiv ja) gaben die TN an, dass Ihre **Erwartungen** durchschnittlich mit $M=3.7$ ($SD=1.1$) **erfüllt** wurden. Einer Freundin/einem Freund in einer ähnlichen Situation würden die TN mit $M=4.2$ ($SD=1.1$) **weiterempfehlen**.

Tabelle 6: Kursbeurteilung der Kursteilnehmenden (N=59) und Kursleitenden (N=8)

	Kursteilnehmende M (SD)	Kursleitende M (SD)
...insgesamt	3.9 (1.1)	4.25 (0.5)
...in Bezug auf die Kursinhalte	3.6 (1.2)	3.9 (1.1)
...in Bezug auf Verständlichkeit	4.5 (1.0)	4.3 (0.7)
...in Bezug auf die Gruppenzusammensetzung	4.1 (1.1)	3.9 (0.8)
...in Bezug auf die Atmosphäre	4.3 (1.1)	4.5 (0.5)
...in Bezug auf die Kursleitung/ ...Kursteilnehmenden	4.5 (0.9)	4.0 (0.8)
...in Bezug auf die Möglichkeit, auch offen über illegale Themen zu reden	4.6 (1.0)	4.3 (0.7)

Anmerkung: Antwortskala von 0 (überhaupt nicht gut) bis 5 (sehr gut))

Tabelle 7: Beurteilung der einzelnen Kursmodule und begleitenden Elemente durch Kursteilnehmenden (N=89) und Kursleiter (N=8)

	Kursteilnehmende M (SD)	Kursleitende M (SD)
Kursmodule		
Infoabend	3.6 (1.5)	4.3 (1.0)
Grundwissen (Quiz)	3.3 (1.4)	4.0 (1.3)
Pro & Kontra Tabak und Cannabis	3.5 (1.4)	4.0 (0.8)
Informationen über Hilfsmittel beim Aufhören (Nikotinersatzpräparate, Medikamente)	3.3 (1.6)	3.3 (0.9)
Konsumrückblick/Konsumblitz	4.1 (1.1)	4.3 (0.9)
Ersatzrituale und Alternativbeschäftigungen	3.8 (1.3)	4.4 (0.5)
Umgang mit Entzugssymptomen	3.8 (1.4)	4.4 (0.5)
Ernährung, Bewegung und Körpergewicht	3.2 (1.4)	3.1 (0.8)
Alkohol	2.6 (1.6)	3.4 (0.9)
Ziele setzen	3.6 (1.4)	4.0 (0.8)

	Kursteilnehmende M (SD)	Kursleitende M (SD)
Umgang mit Risikosituationen	3.8 (1.2)	4.3 (0.5)
Umgang mit Craving	3.7 (1.2)	4.6 (0.5)
Anpassung der angewandten Strategien	3.4 (1.3)	4.0 (0.9)
Umgang mit Ausrutschern	3.7 (1.3)	4.1 (0.6)
Soziale Risikosituationen: Klarheit vermitteln („Nein“ sagen)	3.2 (1.4)	3.6 (0.9)
Erfolge sichern	3.4 (1.3)	3.6 (0.9)
Begleitende Elemente		
Teilnehmermanual	3.2 (1.4)	3.6 (1.0)
Begleitheft	3.3 (1.4)	3.4 (0.9)
CO-Messung	3.7 (1.5)	4.5 (0.8)
Speichelmessung	2.0 (1.7)	3.0 (1.3)
Quit Team	2.0 (1.8)	3.3 (1.0)

Anmerkung: Antwortskala von 0 (überhaupt nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich))

7.2. Kursevaluation durch die Kursleitenden

Nach dem Abschluss aller Kurse wurden auch die Kursleitenden (KL) um die Evaluation der Kurse gebeten. Einerseits wurden strukturierte, Leitfaden-gestützte Interviews geführt. Andererseits wurde auch hier ein kurzer Fragebogen zur Evaluation vorgelegt, dessen Fragen sich zu einem grossen Teil mit denen deckten, die auch den TN gestellt wurden.

Fragebögen

Wie auch die TN beurteilten die KL die eigentlichen Kursinhalte mit $M=3.9$ zwar als ziemlich hilfreich, im Vergleich zu anderen Elementen jedoch als weniger hilfreich. Besonders geschätzt wurden von den KL die Atmosphäre.

Auch bezüglich der Einschätzung des Moduls über Nikotinersatzpräparate sowie der Module „Alkohol“, „Ernährung, Bewegung und Körpergewicht“ und „Soziale Risikosituationen“ stimmten die KL und TN in ihrem eher tieferen Urteil überein. Als besonders hilfreich schätzten die KL Module ein, die den TN konkrete Strategien vermittelten: „Ersatzrituale und Alternativbeschäftigungen“, „Umgang mit Entzugssymptomen“ sowie „Umgang mit Craving“. Ebenfalls analog zu den TN hielten die KL die CO-Messung für besonders hilfreich und die Speichelmessung sowie die Quit Teams für weniger hilfreich.

Wie auch die TN wurden den KL 3 offene Fragen gestellt. **Besonders gefallen** haben den KL v.a. die Arbeit mit einer Gruppe sowie die Gruppendynamik, die Atmosphäre und die Motivation der Teilnehmenden. **Besonders gestört** hat die KL den Zeitdruck, wobei speziell der Mangel an Raum für Austausch erwähnt wurde. Auch der unterschiedliche Motivationsgrad der TN sowie einzelne, destruktive TN wurden hier erwähnt. Entsprechend wurden bei den **Änderungsvorschlägen** auch vorgeschlagen, das Kursprogramm zu „entschlacken“ bzw. weniger Module pro Abend einzuplanen, sodass mehr Zeit für Austausch zur Verfügung steht. Des Weiteren wurde erwähnt, dass die Gruppengrösse beachtet werden solle.

Im Vergleich zu den TN wurden die Erwartungen der KL an den Kurs mit $M=4.6$ ($SD=0.5$) noch stärker erfüllt. Die KL schätzten ausserdem mit $M=3.6$ ($SD=0.7$) sehr präzise ein, zu welchen Grad die Erwartungen der TN erfüllt worden sind. Alle KL würden sowohl die Kursteilnahme als auch die Leitung definitiv weiterempfehlen.

Interviews

Allgemeines Feedback der KL zum Kurs: Alle KL waren auch nach der Durchführung der Kurse der Meinung, dass ein integrativer Tabak- und Cannabis-Rauchstoppkurs sinnvoll ist und hoben v.a. den Ansatz, diese beiden Substanzen gleichzeitig anzugehen, positiv hervor, da einerseits dieses Angebot bisher nicht besteht und andererseits die Substanzen zusammenhängen. Auch das Gruppensetting wurde von den KL als geeignet empfunden, da es den TN ermöglicht unter Gleichgesinnten zu sein, sich gegenseitig auszutauschen und zudem einen gewissen sozialen Druck verursacht.

Haltung der KL und Unterschiede bei der Durchführung: Hinsichtlich ihrer Ziele für die Kurse und dem Umgang mit TN, die nicht wie vorgesehen nach dem Quit Day abstinent waren, unterschieden sich die KL.

Zwar kommunizierten alle KL den TN, dass Abstinenz von Tabak und Cannabis das Kursziel sei, einige KL hatten aber von Beginn an geringe Erwartungen in dieser Hinsicht und hielten diese Ziel für viele TN als unrealistisch. Sie reagierten dementsprechend auch direkt wertschätzend, wenn den TN Teilabstinenz oder das Reduzieren gelungen war. Andere KL behielten das Ziel der Abstinenz stärker im Auge und forderten die TN, die nach dem Quit Day wieder Tabak und/oder Cannabis rauchten dazu auf, einen erneuten Rauchstopp-Versuch zu unternehmen. Letztlich sahen aber spätestens zum Kursende hin alle KL Konsumreduktion als einen Erfolg an.

Auch der Umgang mit den Kursunterlagen variierte zwischen den KL. Während sich die einen KL relativ stark an die Inhalte und das Programm hielten, das und den TN durch das Kursleiter- bzw. Teilnehmenden-Manual vorgegeben war, und die Kursabende dementsprechend stärker strukturierten, betrachteten die eher erfahrenen KL die Manuale eher als Anhaltspunkte. Sie legten den grössten Schwerpunkt auf die Gruppendiskussionen (im Manual als kurzer Konsumrückblick jeweils zu Beginn der Kursabende vorgesehen) den grössten Raum bei und waren der Meinung, dass die TN eigenverantwortlich die Nutzung der Kursunterlagen (führen des Konsumtagebuchs, Ausfüllen der Aufgaben im TN-Manual) bestimmen sollten.

Positive Aspekte von i-cut: Als besonders positiv resp. erfolgreich nannten die KL die TN an sich und ihre Motivation, den Kurs/Rahmen an sich und Aspekte des Gruppenkurs-Settings sowie das gemeinsame Leiten der Kurse im Duo mit einem/einer weiteren KL. Auch die Wichtigkeit der Gruppendiskussionen wurde immer wieder erwähnt. Zudem sollte der gemeinsame Quit Day trotz der nicht ganz befriedigenden Resultate sicher beibehalten werden, da er gruppendynamisch wichtig war und Spannung aufbaute.

Kritische Punkte von i-cut: Bemängelt wurde v.a., dass neben den Theorie-Inputs zu wenig Raum für Austausch geblieben ist. Ausserdem waren manche KL enttäuscht davon, dass die TN die Kursunterlagen relativ wenig genutzt haben. Ein weiterer negativer Punkt war für die KL der ersten Kurse die grosse Anzahl an TN, mit der sie die Kurse starten mussten.

Schwerwiegende Probleme („adverse events“): Die KL haben von keinen schwerwiegenden Probleme der TN während des gleichzeitigen Ausstiegs(versuchs) erfahren. Ein einziges Mal habe es eine schwierige Situation während eines Kursabends gegeben, als eine Teilnehmende während einer Gruppendiskussion die Fassung verloren hat.

Änderungsvorschläge: Die KL erwähnten relativ viele Änderungsmöglichkeiten, jedoch wurden diese meist nur von einer Person/einem KL-Duo vorgebracht und i.d.R. nicht als notwendige Anpassungen formuliert, sondern eher als Optionen, die ausgetestet werden könnten. Dies waren beispielsweise:

- eine klarere Definition des Kursziels (Reduktion vs. Abstinenz) und, damit verbunden, klarere Anweisungen zum Umgang mit TN, die diese Ziele nicht erreichen (evtl. Ausschluss vom weiteren Kursbesuch)
- eine längere Kursdauer, wobei die KL überwiegend der Meinung waren, dass die optimale Kursdauer v.a. von der Anzahl der TN abhängig ist; ausserdem wurde während den Kursen einige Zeit für Messungen im Rahmen der Machbarkeitsstudie verwendet, die im Falle einer regulären Kursdurchführung für Kursprogramm zur Verfügung stünde
- den Quit Day nach hinten schieben (von mehreren KL vorgeschlagen)
- Quit Teams schon eine Sitzung früher bilden und Strategien (zum Umgang mit Craving, Entzugssymptomen etc.) schon bis zum Quit Day behandeln
- stärker auf der Nutzung der Kursunterlagen bestehen, explizite Fenster während der Kursabende dafür einplanen
- noch weitere Nachtreffen anhängen
- Nachtreffen als verbindlich ins Manual einbauen
- zusätzliche Einzelgespräche: diese waren zwar von allen KL angeboten worden, wurden jedoch fast gar nicht genutzt → man könnte für zwei Kursabende ankündigen, dass die KL nach der Kurssitzung noch während 30 Minuten für Einzelgespräche zur Verfügung stünden
- Gruppen abhängig von Alter und Motivation bilden
- nur Teilnahme-Interessierte mit ausreichender Motivation aufnehmen
- saisonale Wünsche berücksichtigen und die Kursdaten so legen, dass die TN rauchfrei ins neue Jahr/in die Sommerferien können

Zukunft von i-cut: Die KL wurden um ihre Meinung zu diversen Entwicklungsmöglichkeiten des Programms befragt.

Kostenpflichtige Teilnahme: Dieser Vorschlag wurde nur von einer KL explizit als Möglichkeit zur Erhöhung der Kurseffektivität vorgeschlagen und ansonsten sehr kontrovers diskutiert, da 1) das Angebot so nicht mehr für die gesamte Zielgruppe von Co-Rauchern in Frage käme und voraussichtlich eher besser situierte Personen ab mittlerem Alter mit hoher Aufhör-Motivation teilnehmen würden, 2) die Tatsache, dass das Angebot etwas kostet, für dieses Zielpublikum möglicherweise nicht als Qualitätszeichen aufgefasst wird, 3)

das Nicht-Erreichen von Abstinenz mit noch grösserer Frustration einher ginge. Als Maximalbetrag pro Kursabend wurden 30 CHF erwähnt für den Fall, dass eine Selbstbeteiligung durch die TN nicht vermeidbar wäre. Der Betrag könne auch gestaffelt bezahlt werden, sodass die TN nur die besuchten Kursabende bezahlen müssen und so die Hemmschwelle für die Teilnahme gesenkt wird. Die Meinungen zum gegenteiligen Modell – TN bezahlen den gesamten Kurs zu Beginn und bekommen die Hälfte des Betrags bei vollständigem Besuch des Kurses zurück erstattet – waren sehr geteilt.

Kurse für Jugendliche: Die KL hielten eine Durchführung der Kurse mit Jugendlichen (ca. 14-18/20 Jahre) für generell machbar. Das Manual müsste leicht adaptiert werden, sodass es sprachlich weniger kompliziert ist und vereinzelt andere Schwerpunkte setzt. So müsste das Thema „Sucht als soziales Phänomen“ intensiv behandelt werden, da für Jugendliche der Freundeskreis eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit ihrem Konsum spielt. Einige Kursleiter erwarteten, dass sich die Rekrutierung von Jugendlichen, v.a. von solchen, die aus eigener Motivation teilnehmen möchten, im Vergleich zum erwachsenen Zielpublikum schwieriger gestalten würde. Bei Jugendlichen müsste wohl ein grösserer Fokus auf Motivations- und Aufklärungsarbeit gelegt werden und Einzelgespräche könnten möglicherweise relevanter sein als bei Erwachsenen.

Kontrolliert-randomisierte Wirksamkeitsstudie: Zur Überprüfung der Wirksamkeit des integrierten Ansatzes im Vergleich zu Interventionen, die nur auf eine Substanz ausgerichtet sind, müssten z.B. vier verschiedene Gruppen verglichen werden (reine Tabakgruppe, reine Cannabisgruppe, kombinierte Gruppe, Wartelisten-Kontrollgruppe). Die KL, die hierzu befragt wurden, haben keine klare Meinung und halten es für schwierig, alle positiven Auswirkungen der Intervention messbar zu machen.

7.3. Weiterführende Evaluationen

Da auf die externe Evaluation nach Absprache verzichtet wurde, werden die Fragen bezüglich Weiterführung der Kurse im Rahmen dieses Schlussberichtes diskutiert. Um Möglichkeiten der Adaption des bestehenden Programms an Jugendliche sowie Möglichkeiten der Aufnahme des Kursangebots in die Regelversorgung zu klären, wurden folgende Personen telefonisch befragt:

- Oliver Berg, Mitglied des Entwicklungsteams von i-cut und ehemaliger Kursleiter sowie ärztlicher Leiter des arud-Zentrums Horgen
- Oliver Bilke-Hentsch, Chefarzt Modellstation SOMOSA, Winterthur
- Charlotte Kläusler-Senn, Psychologin, Leitung Ambulante Suchtbehandlung und Therapieangebot für Kinder- und Jugendliche, Integrierte Suchthilfe Winterthur
- Françoise Vogel, Leitung Integrierte Suchthilfe Winterthur

Da die Machbarkeitsstudie gezeigt hat, dass ein simultaner Ausstieg(sversuch) aus dem Tabak- und Cannabiskonsum mit psychischen Komplikationen einhergehen kann und das Therapeutenteam mindestens einen Psychiater benötigt, wurden die Interviews v.a. mit Psychiatern durchgeführt.

Einführung des Kurses in die Regelversorgung

Da Gruppenkurse (z.B. KISS Kurse zum Kontrollierten Trinken, zur Drogenabstinenz etc.) im ambulanten Setting nur sehr selten zustande kommen, gibt es wenig Erfahrung mit der Finanzierung von Kursangeboten durch die Regelversorgung. Theoretisch könnten die Kurse zwar über Krankenkassen abgerechnet werden, diese Möglichkeit wird aber in der Regel nicht genutzt, da sie für die TN frustrierend ist: Die Kosten werden je Sitzung auf die jeweils Anwesenden aufgeteilt, sodass diese den Anteil der Nicht-Erschienenen mittragen müssen, was sich in einem höheren Selbstbehalt niederschlägt. Deshalb haben manche Institutionen eine Zwischenlösung aus Selbstbezahlung durch die TN, Finanzierung durch die Krankenkasse und Finanzierung durch institutionseigene Mittel gewählt. Die sich zu bewähren scheint und auch für i-cut Kurse bewähren könnte.

Eine befragte Person hält die Finanzierung des Programms durch eine Kombination von Selbstbeteiligung und Unterstützung durch die Krankenkassen, wie sie beispielsweise beim Besuch von Sportkursen vergeben wird, für eine mögliche Lösung.

Adaption für Jugendliche

Auch zum Einsatz bei Jugendlichen wird das gleichzeitige Behandeln von Tabak- und Cannabiskonsum als ein sehr guter Ansatz empfunden. Man könne sich auf die gemeinsame Administrationsform, also den Prozess des „Rauchens“ konzentrieren und nicht unbedingt auf die einzelnen Substanzen. V.a. beim Thematisieren des Cannabiskonsums sei Vorsicht geboten, da Cannabiskonsum oft als „cool“ gelte. Die Schädlichkeit von Tabak würde eher eingesehen. Auf die Auswirkungen der Substanzen sollte man geschlechterspezifisch eingehen (Mädchen: negative Auswirkungen auf Schönheit („Schönheit für mich selber und meine

Freundinnen“), Jungen: Fitness, Potenz, Coolness, Selbstüberschätzung). Optimaler Weise müsste man Jugendliche in zwei Altersgruppen unterteilen (14-16 Ziel Suchtarbeit: Verhindern von vertieftem Konsum; und 16-18 Ziel Suchtarbeit: Ausstieg). Die Tatsache, dass Jugendliche sehr stark auf Bewertung (Auf-/Abwertung; „Wie nehmen mich andere wahr?“) reagieren, sollte bei der Rekrutierung und Intervention genutzt werden (z.B. „Sollen meine Freunde mich mit Zigarette sehen?“). Wichtig sei es auch, die Funktionalität des Konsums zu beachten.

O. B.-H. hält es sinnvoll, die therapeutischen Inhalte durch eine Kombination aus Peers (jemand, der ähnlich aber Vorbild sein könnte, z.B. in 2-3 Bereichen „erfolgreicher“/„stärker“ und/oder 1-2 Klassen höher) und Experten zu vermitteln, Eltern und Lehrer sollten nicht einbezogen werden.

Die Umsetzung sei sowohl im stationären Rahmen (für Jugendliche, bei denen das Cannabis- und Tabakrauchen die Behandlung erschweren/verunmöglichen), als auch im ambulanten Setting (wichtig, dass an einem neutralen, nicht-stigmatisierten Ort) oder virtuell (z.B. Skype, Smartphone nutzen, denn so müsste weniger Freizeit geopfert werden und man könnte einfach attraktive therapeutische Elemente integrieren (z.B. Spiele, Messen/Aufzeichnen von Fortschritten wie Reduktion der Rauchfrequenz)) denkbar. Auch wäre es möglicherweise sinnvoll, weiteren Zusatznutzen in das Programm zu integrieren, also beispielsweise eine Verbesserung der Gesundheit insgesamt und nicht nur eine Änderung des Rauchverhaltens.

Ob das Gruppensetting, wie es in der vorliegenden Machbarkeitsstudie zum Einsatz kam, bei Jugendlichen erfolgreich ist, wird von den Interviewten unterschiedlich eingeschätzt. Einerseits wird betont, dass Gruppeninterventionen meist sehr schlecht bei Jugendlichen funktionieren, v.a. nicht, wenn die Gruppe über ein Thema (v.a. ein negatives) zusammengesetzt wird. Ausserdem haben viele Jugendliche Scheu vor Gruppen. Ein anderer Standpunkt ist, dass das Manual nach einigen sprachlichen Anpassungen gut auf Jugendliche übertragbar ist.

Fazit

Um zu untersuchen, ob die beobachteten Abstinenzraten und weitere positive Veränderungen bei den TN wirklich durch die Intervention verursacht wurden, bedarf es im nächsten Schritt einer randomisiert-kontrollierten Wirksamkeitsstudie, wobei als Kontrollgruppe eine Wartelisten-Kontrollgruppe als beste Strategie erscheint. Der direkte Vergleich mit Interventionen, die nur auf einen Tabak- bzw. nur auf Cannabis-Ausstieg zielen, scheint hingegen nicht umsetzbar, da unrealistisch erscheint, die Intervention in so starkem Masse zu standardisieren, dass die Kursleitenden in den Kontrollgruppen die jeweils nicht-zu-behandelnde Substanz komplett aussen vor lassen. Auch wenn dies gelänge, würde eine solche Vergleichsstudie aufgrund der nur niedrigen zu erwartenden Effekte eine sehr hohe Anzahl an Studienteilnehmenden benötigen.

Da unklar ist, ob das bestehende Programm ohne grosse Adaptation auf Jugendliche übertragen werden kann oder ob zusätzliche grössere Änderungen nötig sind, wird eine Machbarkeitsstudie mit Jugendlichen empfohlen, in der unter anderem evaluiert werden könnte, ob das Gruppensetting auch bei Jugendlichen geeignet ist.

3 Nachhaltigkeit und Valorisierung (Nutzung)

Wie beurteilen Sie die Nachhaltigkeit Ihres Projekts? z.B.

- bleibt die Wirkung des Projekts auch nach Projektende bestehen?
- zieht das Projekt weitere Wirkungen nach sich (Nachahmung, Schneeballeffekt)?
- gehen die durch das Projekt entstandenen Prozesse weiter und wirken sie über die Zielgruppe hinaus?

Haben Sie die Möglichkeiten der Multiplikation des Projekts geprüft? Welche Möglichkeiten haben Sie ausgemacht?

Wie werden Sie das erarbeitete Know-how sowie die gemachten Erfahrungen für andere Projekte und Anliegen nutzbar machen? Über welche spezifischen Kanäle (Präsentation, Artikel und Publikationen, Internet, Radio / TV) wurden/ werden die Ergebnisse verbreitet?

Nachhaltigkeit des Projekts

Die Nachbefragung sechs Monate nach jeweils offiziellem Quit Day liefert Hinweise darauf, inwiefern die Wirkung des Projekts auch nach Projektende bestehen bleibt. Als Beispiel sei hier erwähnt, dass die TN, die keine Abstinenz erreichen konnten, ihre Konsumfrequenz sowie den Schweregrad ihrer Abhängigkeit resp. ihren Problemkonsum von Tabak und Cannabis bei der Nachbefragung im Vergleich zur Befragung vor dem Kurs signifikant reduziert hatten.

Von diversen Seiten besteht Interesse einer Adaption des Programms für Jugendliche.

Möglichkeiten der Multiplikation

Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine Machbarkeitsstudie handelt, steht noch keine eigentliche Multiplikation an. Als nächster Schritt wird eine Wirksamkeitsüberprüfung eines leicht angepassten Kurses bei Erwachsenen in einer randomisiert-kontrollierten Studie als nächster Schritt empfohlen. Könnte hier ein positiver Wirksamkeitsnachweis erbracht werden, wäre eine Multiplikation denkbar.

Nutzbarmachung von Know-How und Erfahrungen für andere Projekte und Anliegen

Präsentationen:

- Becker, J. & Schaub, M. (2013). I-cut – an integrative group cessation intervention for co-smokers of tobacco and cannabis: feasibility study. Präsentation am Swiss Addiction Research Day VI, 13.09.2013, Montreux (CH).
- Becker, J., Haug, S. & Schaub, M. (2013). Enhancing co-smokers' readiness to quit tobacco and cannabis simultaneously: a randomized controlled trial comparing three brief web-based interventions. Präsentation an der 6th European Public Health Conference, 13.11. – 16.11.2013, Brüssel (BE).
- Becker, J., Haug, S. & Schaub, M. (2013). Enhancing the readiness to quit tobacco and cannabis simultaneously: a randomized controlled trial comparing three brief web-based interventions. Präsentation an der 16. Konferenz der European Association of Substance Abuse Research, 09.05. – 12.05.2013, Aeschi bei Spiez (CH).
- Becker, J., Quinteros-Hungerbühler, I. & Schaub, M. (2011). Preliminary study and demand analysis for an integrative smoking cessation group therapy for smokers of cannabis and cigarettes – an online survey. Präsentation an der 14. Konferenz der European Association of Substance Abuse Research, 28.04. – 01.05.2011, Niederpöcking (D).
- Becker, J. & Schaub, M. (2012). Killing two birds with one stone? First results of a feasibility study of an integrative group cessation intervention for co-smokers of cigarettes and cannabis. Präsentation an der 15. Konferenz der European Association of Substance Abuse Research, 10.05. – 13.05.2012, Nijkerk (NL).

Artikel in Fachzeitschriften:

- Becker, J., Hungerbuehler, I., Berg, O., Szamrovicz, M., Haubensack, A., Kormann, A. & Schaub, M. P. Development of an integrative cessation program for co-smokers of cigarettes and cannabis: demand analysis, program description, and acceptability. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8:33. DOI:10.1186/1747-597X-8-33
- Becker, J., Haug, S., Kraemer, T., & Schaub, M. P. (Manuskript liegt vor). Feasibility, safety, and initial effectiveness of an integrative group cessation intervention for co-smokers of tobacco and cannabis.
- Becker, J., Haug, S., Sullivan, R., & Schaub, M. P. (Manuskript momentan im peer-review-Prozess). Effectiveness of different web-based interventions to prepare co-smokers of tobacco and cannabis for double-cessation: a three-arm randomised trial.
- Schaub, M., Becker, J., Berg, O., Kormann, A., Haubensack, A., & Szamrowicz, M. (2012). I-cut – gleichzeitige Rauchentwöhnung von Tabak und Cannabis. *Suchtmagazin*, 3&4, 58–60.

4 Chancengleichheit

Haben Sie spezifische Massnahmen zur Förderung der Chancengleichheit unternommen (Gender, soziale Schicht und ethnische Zugehörigkeit)? Ja / Nein?

Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Wenn nein, hätten dank solcher Massnahmen Ihrer Meinung nach bessere Ergebnisse erzielt werden können?

Das integrative Rauchstopp-Programm ist insofern auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit ausgerichtet, als dass es auch Cannabiskonsumierenden erstmals die gleichen Chancen auf eine für sie angepasste und somit zugängliche und effiziente Rauchstopp-Intervention bietet. Wie sich in der Kursevaluation gezeigt hat, schätzten die TN die offene Atmosphäre und die damit verbundene Möglichkeit, über ihren illegalen Cannabis-Konsum zu sprechen sehr.

5 Weitere Punkte

-