

Kurzintervention bei Jugendlichen mit Tabakkonsum – Projekt KIM4U

Schlussbericht

No. 0234, Juli 2007

Martin Neuenschwander¹, Jürgen Rehm^{1,2,3}, Domenic Schnoz¹

¹ Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich

² Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada

³ Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Dresden, Germany

**Finanziert durch den Tabakpräventionsfonds des Bundesamtes für
Gesundheit BAG Schweiz, Verfügung-Nr. 05.002521**



Inhalt

Dank	4
Executive Summary	6
1 Einleitung	10
1.1 Ausgangslage und Projektrahmen.....	10
1.2 Zielsetzung von KIM4U.....	12
2 Projektkonzept und Methodik	15
2.1 Konzept von Kurzintervention und Motivierender Gesprächsführung	15
2.2 Projektdesign	16
2.3 Evaluationskonzept und eingesetzte Instrumente	17
2.4 Datenanalyse	20
2.5 Vorabklärungen mit den Fachpersonen (Fokusgruppen Block 1)	20
2.5.1 Zielsetzung und Methodik der Fokusgruppen	20
2.5.2 Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit medizinischen Fachpersonen	22
2.5.3 Ergebnisse aus den Fokusgruppen mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit.....	25
2.6 Instruktionsteams und Curricula für die Weiterbildung in Kurzintervention	30
2.6.1 Kursdauer, Kursziele und Voraussetzungen für die Kursteilnahme.....	30
2.6.2 Kursprogramm für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit	32
2.6.3 Kursprogramm für die medizinischen Fachpersonen.....	33
2.7 Weiterbildung der Fachpersonen.....	34
2.7.1 Weiterbildung von medizinischen Fachpersonen.....	34
2.7.2 Weiterbildung von Fachpersonen der Sozialen Arbeit	35
3 Resultate	37
3.1 Struktur und soziodemographische Merkmale der Stichprobe.....	37
3.1.1 Umfang, Alter und Geschlecht der Stichprobe	37
3.1.2 Nationalität, regionale Herkunft, Sprache, Schule und soziales Netz.....	39
3.1.3 Vergleich T1-T2-Stichprobe mit Drop-outs.....	41
3.2 Strukturelle Angaben zu den durchgeführten Kurzinterventionen.....	43
3.3 Tabakabhängigkeit, Tabakkonsum und Rauchstopp-Motivation bei T1.....	47
3.3.1 Tabakabhängigkeit und Einstiegsalter	47
3.3.2 Aktuelles Rauchverhalten und wahrgenommene Norm.....	48
3.3.3 Rauchstoppmotivation und Rauchstoppversuche	52
3.4 Wirkungsmessung und Akzeptanz der Massnahme bei den Jugendlichen	55
3.4.1 Ebene Verhalten: Rauchstopp und Veränderung des Rauchverhaltens	55
3.4.2 Ebene Motivation: Gründe für das Rauchen, Rauchstoppmotivation und wahrgenommene soziale Norm.....	59
3.4.3 Akzeptanz von KIM4U bei den Jugendlichen.....	61
3.5 Einschätzung von Wirkung und Akzeptanz der Massnahme durch die Fachpersonen	64
3.5.1 Zielsetzung und Methodik der Fokusgruppen Block 2	64
3.5.2 Ergebnisse der Fokusgruppen mit medizinischen Fachpersonen	64
3.5.3 Ergebnisse der Fokusgruppen mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit.....	67
3.6 Ökonomische Überlegungen	70

4 Diskussion und Schlussfolgerungen	72
5 Literatur	79

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Curriculum der Weiterbildung für Fachpersonen der Sozialen Arbeit in KI/MI.....	32
Tab. 2:	Curriculum für die Weiterbildung von medizinischen Fachpersonen in KI/MI	33
Tab. 3:	Alter und Geschlecht der Stichprobe bei T1 und T2 nach Geschlecht (N=126)	38
Tab. 4:	Nationalität und Sprache (N=126)	39
Tab. 5:	Vergleich der Drop-outs (N=56) mit der Stichprobe mit Erst- und Zweitmessung (T1 + T2, N=70)	42
Tab. 6:	Zeitdifferenz in Tagen zwischen Erst- und Zweitbefragung nach Setting (N=70)	44
Tab. 7:	Anzahl durchgeführte Gespräche nach Setting (Angaben in Prozent)	45
Tab. 8:	Information der Bezugspersonen über den Rauchstoppversuch und Wichtigkeit der erhaltenen Unterstützung (Mehrfachnennung, N=45)	46
Tab. 9:	HONC-Werte bei T1 separat nach Geschlecht	47
Tab. 10:	Einstiegsalter und Alter bei täglichem Rauchen separat nach Geschlecht.....	48
Tab. 11:	Rauchverhalten der Peergruppe, wahrgenommene Norm.....	50
Tab. 12:	Die wichtigsten Gründe für das Rauchen (Mehrfachnennungen, N=126)	51
Tab. 13:	Orte, an denen geraucht wird (Mehrfachnennung, N=126) und Rauchverbot zu Hause	52
Tab. 14:	Bereitschaft für einen Rauchstopp zum jetzigen Zeitpunkt (10-stufige Skala).....	53
Tab. 15:	Personen und Instanzen, die als Unterstützung beim Rauchstopp wichtig sind (Mehrfachnennungen, N=126).....	55
Tab. 16:	Faktische Versuche für Rauchstopp/Reduktion nach Fachbereich; Status als Exraucher (Quitrate).....	56
Tab. 17:	Reduktion Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag (Pbn mit faktischem Versuch und nonmissing Werten)	59
Tab. 18:	Subjektive Gründe für das Rauchen bei T2 (Mehrfachnennung, N=61)	60
Tab. 19:	Veränderung der Rauchstoppmotivation zwischen Erst- und Zweitbefragung (N=66)	60
Tab. 20:	Bedeutung des Anreizsystems für das Mitmachen (10-Punkte-Skala, N=50)	63
Tab. 21:	Zusammenstellung der Kosten für Weiterbildung und Durchführung von Kurzinterventionen nach Setting.....	71

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Projektkonzept von KIM4U: Etappierung und Laufzeiten.....	17
Abb. 2:	Evaluationskonzept von KIM4U.....	18
Abb. 3:	Weitergebildete medizinische Fachpersonen nach Fachgebiet (N=25).....	34
Abb. 4:	Weitergebildete Fachpersonen der Sozialen Arbeit nach Fachgebiet (N=26)	36
Abb. 5:	Kantonale Zugehörigkeit der Jugendlichen (N=126)	40
Abb. 6:	Leistungsniveau in der Schule (Selbstdeklaration, N=126).....	40

Abb. 7:	Qualität der Beziehung zu Eltern, Geschwister und Kollegen/Freunden (Kategorien "(sehr) zufrieden" und "(sehr) unzufrieden").....	41
Abb. 8:	Anzahl involvierte Jugendliche nach Setting und Erhebungszeitpunkt	44
Abb. 9:	Verteilung der Zeitdifferenz zwischen Erst- und Zweitbefragung (N=70).....	45
Abb. 10:	30-Tage-Prävalenz – Vergleich zwischen KIM4U und ESPAD 2003.....	49
Abb. 11:	Bereitschaft für eine Verhaltensänderung getrennt nach Geschlecht (N=124).....	53
Abb. 12:	Bereits unternommene Rauchstoppversuche bei T1	54
Abb. 13:	Anzahl rauchfreie Tage (Selbstdeklaration, N=46).....	58
Abb. 14:	30-Tage-Prävalenz – Vergleich zwischen Erst- und Zweitbefragung (N=67)	58
Abb. 15:	Verlangen nach Zigaretten im Hinblick auf einen weiteren Rauchstoppversuch(N=65)...	60
Abb. 16:	Wahrnehmung der sozialen Norm: Vergleich zwischen Erst- u. Zweitbefragung (N=65).	61
Abb. 17:	"Wie hilfreich waren die Gespräche mit den Fachpersonen?" (N=47 bzw. N=40).....	62
Abb. 18:	Bereitschaft zum wieder Mitmachen (N=52).....	63

Dank

Unser Dank gilt in erster Linie allen ärztlichen Fachpersonen und allen Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit, die beim Projekt KIM4U mitmachten und bereit waren, Jugendliche in den jeweiligen Settings auf das Rauchen anzusprechen und auf der Grundlage der motivierenden Gesprächsführung zu intervenieren. Unser Dank gilt natürlich auch allen Schülerinnen und Schülern, die den Mut hatten, sich auf das "Experiment" einzulassen, den eigenen Tabakkonsum zusammen mit einer Fachperson näher anzuschauen und sich zudem die Zeit nahmen, die Fragebogen auszufüllen.

Ein grosser Dank geht auch an die Instruktionsteams, die in insgesamt vier Workshops die Fachpersonen in Kurzintervention und Motivierender Gesprächsführung schulten. Es sind dies (alphabetisch): Prof. U. Gerber, Dr. med. U. Grüninger, Dr. med. E. Stacchi, Dr. med. S. Stronski Huwiler und Dr. med. A. Tschumper.

Der Projektleitung stand ein Beirat zur Seite, deren Teilnehmerinnen in unkomplizierter Weise bei den meist bilateralen Kontakten wichtige Inputs gaben und weise Ratschläge erteilten. Ein grosser Dank geht in diesem Zusammenhang an Frau V. El Fehri von AT Schweiz, Frau A.C. Burkhalter von der Krebsliga Schweiz, Frau C. Gafner von Progef und Frau Dr. S. Stronski Huwiler vom Schulärztlichen Dienst der Stadt Zürich.

Herrn F. Mades von M-Electronics Zürich möchten wir herzlich danken für seinen grosszügigen Entscheid, die für die Jugendlichen als Anreiz für das Mitmachen geplanten 10-Franken-Gutscheine gleich zu schenken.

Verwendete Abkürzungen

ARUD	Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, Zürich
AT	Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz
BEGES	Berner Gesundheit
DOJ	Dachverband Offene Jugendarbeit Schweiz
ISGF	Institut für Sucht und Gesundheitsforschung, Zürich
KI/MI	Kurzintervention basierend auf Motivierender Gesprächsführung
MOVE	Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen (v.a. Cannabis, Alkohol)
SAD	Schulärztliche Dienste
SAJV	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände
SSA	Schulsozialarbeit
SZD	Schulzahnärztliche Dienste
T1	Erstbefragung (N=126)
T2	Zweitbefragung (N=70)

Sprachregelung

Der besseren Lesbarkeit halber verzichten wir im Text dieses Berichtes auf eine Schreibweise, die immer beide Geschlechter berücksichtigt. Dabei behelfen wir uns mit der offiziellen "Innen-Schreibweise" (z.B. SchülerInnen, SchulärztInnen, JugendarbeiterInnen) oder beschränken uns auf das generische Maskulinum und schliessen dabei selbstverständlich männliche *und* weibliche Personen ein.

Executive Summary

Ausgangslage und Zielsetzung

Das Projekt *Kurzintervention bei Jugendlichen mit Tabakkonsum – KIM4U* wurde als niederschwelliges Tabakentwöhnungsprojekt für Jugendliche im Alter von 13 bis 16 Jahren konzipiert und zwischen Januar 2006 und Juli 2007 realisiert. Die Umsetzung erfolgte in Zusammenarbeit mit Professionellen der medizinischen und psychosozialen Grundversorgung. Im Vordergrund standen dabei die Schulärztlichen Dienste, die Schulsozialarbeit und die offene Jugendarbeit.

Der Ansatz von KIM4U war in vielen Aspekten neuartig. Auf den Ebenen Zielgruppe und Fachpersonen standen folgende Leistungs- und Wirkungsziele im Zentrum:

- Anpassung bestehender Curricula und Manuale für die Weiterbildung von Fachpersonen in Kurzintervention und Motivierender Gesprächsführung
- Durchführung von Kurzinterventionen bei Jugendlichen mit dem Ziel, diese kritisch auf ihren Tabakkonsum zu sensibilisieren und ein Verhaltensänderung zu erwirken (Rauchstopp bzw. Reduktion des Tabakkonsums)
- Wirkungsnachweis auf Ebene Zielgruppe auf der Grundlage quantitativer Fragebogendaten (Prä- Postmessung-Design)
- Analyse von Machbarkeit, Wirksamkeit und Akzeptanz der Massnahme auf den Ebenen Zielgruppe (Jugendliche) und Fachpersonen
- Evaluation ökonomischer Aspekte

Methodik und Umsetzung

Als Methodik für die Rauchstoppberatung diente das Konzept der Kurzintervention basierend auf Motivierender Gesprächsführung KI/MI. Vor der eigentlichen Feldphase wurden interessierte Fachpersonen aus 6 deutschschweizer Kantonen je nach Berufsgruppen im Rahmen von Halbtages- bzw. Tageskursen in KI/MI geschult. Die weitergebildeten Fachpersonen waren angehalten, während der Feldphase (Dauer 6 bis 8 Monate je nach Weiterbildungszeitpunkt) in ihrem beruflichen Setting mit den Jugendlichen auf der Basis von KI/MI Rauchstoppberatung durchzuführen. Von den Jugendlichen wurden mittels einer Erst- und Zweitbefragung (Zeitdifferenz 3 bis 5 Monate) Daten erhoben. Die Evaluation auf Ebene der Zielgruppe basiert auf N=126 verwertbaren Datensätzen aus der Erstbefragung (T1) und N=70 aus der Zweitbefragung (T2).

Für die Bedarfsabklärung und Analyse von Machbarkeit, Wirksamkeit und Akzeptanz auf der Ebene der Fachpersonen wurden mit Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Institutionen insgesamt 5 Fokusgruppen durchgeführt.

Resultate

Hauptergebnisse aus der Evaluation der Fragebogendaten der Jugendlichen

- Das Durchschnittsalter der Jugendlichen betrug bei der Erstbefragung 15.2 Jahre, 81% befanden sich in der 8. oder 9. Klasse. Die Jungen waren im Projekt übervertreten, und zwar mit 61% bei T1 und 63% bei T2. Knapp drei Viertel der befragten Jugendlichen (72%) besitzen einen Schweizerpass (davon sind 21% Doppelbürger) und geben Schweizerdeutsch als ihre Muttersprache an.
- Jugendliche, die während der regulären Zeit bei KIM4U mitmachten (d.h. Erst- und Zweitbefragung absolvierten), unterschieden sich von den Drop-outs (N=56) mit lediglich einer Erstbefragung durch eine höhere Rauchstoppmotivation, nicht aber in strukturellen Merkmalen.
- Die Jugendlichen waren bei T1 bereits deutlich nikotinabhängig mit durchschnittlich 6 Punkten auf der 10er-Skala der Hooked on Nicotine Checklist (HONC). Entsprechend stark ausgeprägt war das Rauchverhalten bei T1: Eine überwiegende Mehrheit von 90% rauchte bereits täglich, darunter befanden sich 16% mit einem täglichen Konsum von 20 und mehr Zigaretten.
- Die Jugendlichen begannen mit dem Rauchen durchschnittlich im Alter von 12.1 Jahren, das Einstiegsalter für den täglichen Tabakkonsum beträgt 13.5 Jahre, dabei bestehen keine Geschlechtsunterschiede. Der überwiegende Teil der Peergruppe raucht ebenfalls.
- Ein Anteil von 90% der Jugendlichen gab an, dass es für sie einfach ist, an Zigaretten zu gelangen.
- Was den Tabakkonsum anbelangt, wird die soziale Norm stark verzerrt wahrgenommen: im Durchschnitt glauben die befragten Jugendlichen, dass generell 7 von 10 Gleichaltrigen rauchen.
- Die Jugendlichen wiesen bei T1 eine hohe Bereitschaft auf, das eigene Rauchverhalten zu verändern: 28% deklarierten einen Rauchstopp und 69% eine Reduktion des Tabakkonsums als ihr persönliches Ziel. Eine Mehrheit von 77% hat bereits Erfahrung mit (erfolglosen) Rauchstoppversuchen.
- Die Wirkungsmessung auf Verhaltensebene zeigt, dass mit Ausnahme von drei Fällen (d.h. 4.3% der Jugendlichen mit T1- und T2-Befragung) im Rahmen von KIM4U keine Rauchstopps erzielt wurden. Eine Tendenz zur Reduktion des Tabakkonsums ist nachweisbar: Bei der 30-Tageprävalenz verschob sich der Anteil mit einem täglichen Konsum von 11 bis 20 Zigaretten bei T2 um 12% zugunsten der tieferen Konsumstufe von 1 bis 10 Zigaretten täglich.
- Als Hauptgründe für den erfolglosen Rauchstopp bzw. die bescheidenen Fortschritte bei der Verhaltensänderung nannten die Jugendlichen Tabakabhängigkeit, Überforderung und Ratlosigkeit beim Rauchstoppversuch und das Rauchverhalten der Peergruppe.

- Die Bereitschaft der Jugendlichen, erneut einen Rauchstopp zu versuchen, blieb auch nach Projektabschluss bestehen.
- Die Nützlichkeit der mit den Fachpersonen durchgeführten Gespräche wurde von den Jugendlichen mehrheitlich kritisch beurteilt: von 40 Jugendlichen mit non-missing Daten bewerteten lediglich 20% diese Gespräche als hilfreich für die eigene Tabakentwöhnung und 32% als hilfreich für allgemeine Themen. In einem gewissen Widerspruch dazu steht der Befund, dass bei den Jugendlichen die Akzeptanz von KIM4U insgesamt gegeben ist: 72% von 54 Jugendlichen mit gültigen Nennungen würden erneut mitmachen. Wegen der kleinen Stichprobe müssen diese Resultate jedoch mit Vorsicht interpretiert werden.
- Wegen der geringen Anzahl von erfolgreichen Rauchstopps konnte keine formale Kosteneffektivitätsanalyse durchgeführt werden. Die Evaluation der relevanten Kosten zeigt aber, dass KIM4U im Vergleich zu anderen Interventionen auf individueller Ebene günstig ausfällt. Die Datengrundlage ist für präzisere Aussagen zu schmal.

Hauptergebnisse aus den Fokusgruppen mit den Fachpersonen

- Die besuchte Weiterbildung in KI/MI und die aktive Mitarbeit bei KIM4U führte bei den Fachpersonen aus dem ärztlichen und sozialen Bereich zu einer subjektiv wahrgenommenen Sensibilisierung auf das Thema des jugendlichen Tabakkonsums.
- Die Machbarkeit (Feasibility) der Massnahme KIM4U wird grundsätzlich als gegeben beurteilt. Das Ansprechen der Jugendlichen auf das eigene Rauchverhalten wurde erleichtert und erfolgte systematischer als bisher. Dabei müssen allerdings Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen mit Blick auf deren Ressourcen und Kernaufgaben beachtet werden.
- Die Akzeptanz bei den Jugendlichen für die gewählte Interventionsform war aus Sicht der Fachpersonen gut.
- Das Konzept der KI/MI stösst bei den Fachpersonen als personenzentrierte, flexible Methode auf Interesse, insbesondere weil nebst dem Rauchen auch andere Themen angesprochen werden können. Da die Voraussetzung in den Gesprächsführungskompetenzen bei den involvierten Berufsgruppen unterschiedlich sind, wird auch im Hinblick auf eine allfällige Fortsetzung der Massnahme ein modularer Aufbau der Weiterbildungsworkshops begrüsst.
- Es wird erkannt, dass der Rauchstopp für Jugendliche sehr schwierig ist. Kurzinterventionen sind geeignet, wichtige erste Impulse für eine Verhaltensänderung zu geben.

- Insbesondere bei den Schulärztlichen Diensten wirken die knappen zeitlichen Ressourcen limitierend auf eine breite Umsetzung. Der administrative Zusatzaufwand im Zusammenhang mit der Evaluation (Falladministration, Abgabe/Rückversand von Fragebogen) sollte im Fall einer Fortsetzung von KIM4U auf ein Minimum beschränkt werden.

Bedeutung und Perspektive

Ergänzend zur Verhältnisprävention braucht es für Jugendliche dringend wirksame verhaltenspräventive Massnahmen. Denn Jugendliche unterschätzen das Abhängigkeitspotenzial ihres Tabakkonsums und sind bei der Rauchentwöhnung auf professionelle Unterstützung angewiesen. Mit dem Projekt KIM4U konnte gezeigt werden, dass über die Einbindung von Fachpersonen insbesondere der Schulärztlichen Dienste, der Schulsozialarbeit und der offenen Jugendarbeit für die niederschwellige jugendliche Tabakprävention ein grosses Potenzial besteht. Eine gezielte Ausweitung des Ansatzes auf die Verbandsarbeit von Sport und Freizeit dürfte sich lohnen. Im Hinblick auf eine erfolgversprechende künftige Umsetzung der Massnahme sind zwei Faktoren wichtig: zum einen müssen die relevanten Wirkfaktoren bei der Interaktion zwischen Fachpersonen und Jugendlichen besser bekannt sein, damit eine konzeptionelle Optimierung möglich wird und zum anderen müssen den involvierten Institutionen für die Umsetzung die nötigen (zeitlichen und finanziellen) Ressourcen zur Verfügung stehen.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Projektrahmen

Gemäss den jüngsten Daten aus der HBSC-Studie (Schmid et al., 2007) und dem Tabakmonitoring (Keller et al., 2006) sind die Prävalenzraten für den jugendlichen Tabakkonsum in der Schweiz zwar rückläufig, liegen im internationalen Vergleich aber nach wie vor auf einem hohen Niveau. Aktuell liegt die Lebenszeitprävalenz für Tabakkonsum bei den 11- bis 15-Jährigen bei knapp 34%. Die Raten für den wöchentlichen Tabakkonsum (ein wichtiger Indikator für späteren regelmässigen Konsum inkl. Risiko zu Abhängigkeit) betragen bei den 11-Jährigen knapp 4% und steigen bei den 15-Jährigen sprunghaft auf 16% an. Dabei bestehen keine Geschlechtsunterschiede. Die Raten für das tägliche Rauchen betragen gemäss Tabakmonitoring bei den 14- bis 15-Jährigen 3% und bei 16- bis 17-Jährigen bereits 15%. Die Rate für die letzte Altersgruppe betrug 2001 noch 18%. Der Einstieg in den Tabakkonsum findet zu einem grossen Teil im Alter zwischen 13 und 16 Jahren statt.

Rauchen (auch sporadisches Rauchen) im Jugendalter ist deshalb relevant, weil bereits gelegentlicher Konsum nachweislich mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, später täglich zu rauchen, bzw. vom Tabakkonsum abhängig zu werden (Russel, 1990; DiFranza et al., 2002; Chen, 2003). Die Schweiz ist noch weit vom Ziel entfernt, das Einstiegsalter des Rauchens auf 18 Jahre zu erhöhen, wie dies im Bericht von Public Health Schweiz herausgegebenen Bericht zu den Gesundheitszielen für die Schweiz anvisiert wurde (Ackermann-Liebrich et al., 2002). Die weltweit durchgeführte Umfrage zur Tabakkontrolle ergab, dass über 90% der Raucherinnen und Raucher bedauern, mit dem Rauchen angefangen zu haben. Bei Personen mit starkem Nikotinabhängigkeit und solchen mit mehrfachen, gescheiterten Aufhörversuchen liegen die Raten bei 94 bzw. 95% (BAG-Bulletin, 20/2005)

Die strategischen Oberziele gemäss Masterplan von StraTabak (BAG) sehen vor, bis zum Jahr 2012 Jugendliche dabei zu unterstützen, mit dem Rauchen nicht anzufangen und bei den Jugendlichen den Anteil von Raucherinnen und Rauchern um 30% zu senken.

Aufgrund der erwähnten epidemiologischen Befunde (hoher Konsum bei Jugendlichen) und der nachgewiesenen Zusammenhänge (Bedeutung des frühen Einsteiges für späteren Risikokonsum und Abhängigkeit sowie Schädigung der Gesundheit) besteht ein Bedarf nach geeigneten Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen. Nebst Lenkungsmassnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit (Preis, Jugendschutz beim Kauf, Richtlinien für die Werbung, rauchfreie Schulen, rauchfreie öffentliche Zonen) bedarf es wirkungsvoller primär- und sekundärpräventiver Programme, die speziell auf Jugendliche abgestimmt sein sollten. Die Erfahrung zeigt, dass der Erfolg von Präventionsmassnahmen in entscheidender Weise davon abhängt, wie gut diese Massnahmen auf den Grad des Konsums und die Bedürfnisse

der Jugendlichen und ihre Problemselbstwahrnehmung abgestimmt sind (Dino et al., 2004; Chinet et al., 2006; Haines et al., 2007).

Das Projekt **KIM4U** als Kürzel für **Kurzintervention bei Jugendlichen mit Tabakkonsum** stellt ein Versuch dar, Jugendliche im Alter zwischen 13 und 16 Jahren möglichst systematisch in alltagsnahen Kontexten auf das Rauchen anzusprechen und bei der Verhaltensänderung zu unterstützen. Die Erfahrung zeigt, dass Jugendliche aus verschiedenen Gründen (dazu zählen u.a. mangelndes Problembewusstsein, verdeckter Tabakkonsum, Einfluss aus der Peergruppe) nur beschränkt bereit sind, freiwillig an Massnahmen der Tabakentwöhnung teilzunehmen und z.B. Rauchstoppkurse zu besuchen. Hingegen stehen Jugendliche regelmässig in Kontakt mit Fachpersonen aus Strukturen der medizinischen Grundversorgung (Schulärztliche Dienste, Schulzahnärztliche Dienste, Praxen für Jugendmedizin) und auch mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit (Schulsozialarbeit, offene Jugendarbeit/Jugendberatung). Bei all diesen Kontakten besteht die Möglichkeit, dass Jugendliche den eigenen Tabakkonsum mit einer meist vertrauten oder zumindest bekannten Bezugsperson thematisieren und sich im Hinblick auf eine Verhaltensänderung in professioneller Weise unterstützen lassen können.

Ein solches Vorgehen bedingt, dass die Fachpersonen aus den genannten Settings für den jugendlichen Tabakkonsum sensibilisiert und zudem befähigt werden, bei Jugendlichen mit Tabakkonsum professionell zu intervenieren. Als Methode der Wahl diente das wissenschaftlich basierte Konzept der Kurzintervention kombiniert mit Motivierender Gesprächsführung (vgl. 2.1).

Als Zielgruppe wurden Jugendliche zwischen 13 und 16 Jahren vorgesehen. Der Vorteil, Präventionsmassnahmen bei Tabakkonsum möglichst früh anzusetzen, besteht darin, dass sowohl der Probier- als auch der regelmässige Konsum in diesem Alterssegment beginnt, die Abhängigkeit noch geringer ist als später und damit die Chancen entsprechend besser sind, die Abstinenz wieder zu erlangen oder zumindest eine Reduktion des Konsums zu erzielen.

Das Interventionsprojekt KIM4U konnte dank Finanzierung durch den Tabakpräventionsfonds TPF (Verfügung-Nr. 05.002521) durchgeführt werden und wies eine Laufzeit von 18 Monaten auf (Januar 2006 bis Juni 2007). Da der gewählte Ansatz für die Schweiz neu ist und wichtige Erfahrungen erst gesammelt werden müssen, wurde das Projekt im Rahmen eines Piloten durchgeführt.

1.2 Zielsetzung von KIM4U

Mit dem Projekt KIM4U wurden folgende Ziele verfolgt:

a) Ebene Zielpersonen (Jugendliche mit Tabakkonsum)

Mit der Intervention sollte erreicht werden, dass die Jugendlichen im Alter von 13 bis 16 Jahren

- ihren Konsum zunehmend kritisch sehen
- einen Rauchstopp erreichen oder den Konsum (stark) reduzieren
- ihre personalen Ressourcen stärken und damit ihre Lebenskompetenz erhöhen

b) Ebene Fachpersonen

Vor der Feldphase sollte mittels Fokusgruppen mit Fachpersonen der medizinischen Grundversorgung und der Sozialen Arbeit geklärt werden

- welche Vorerfahrungen bei der Tabakprävention bestehen und wie gross Interesse und Bereitschaft sind, künftig Jugendliche auf ihren Tabakkonsum anzusprechen und je nachdem zu intervenieren
- welche spezifischen Bedürfnisse in Hinblick auf die geplante Weiterbildung in Kurzintervention und Motivierender Gesprächsführung bestehen

Nach der Feldphase sollte erneut mittels Fokusgruppen mit Fachpersonen der medizinischen Grundversorgung und der Sozialen Arbeit geklärt werden

- wie auf der Grundlage der gemachten Erfahrungen die Machbarkeit, Wirksamkeit und Akzeptanz der Massnahme KIM4U eingeschätzt wird
- welche wichtigen Aspekte bei einer Weiterentwicklung von KIM4U zu berücksichtigen sind

c) Ebene Fortbildung

Im Sinne eines Leistungsziels sollten auf der Grundlage bestehender Manuale und Leitfäden für die Fortbildung in Kurzintervention je spezifische Curricula für Fachpersonen der medizinischen Grundversorgung und für Fachpersonen der Sozialen Arbeit entwickelt werden.

d) Ebene Kosteneffektivität

Die Kosteneffektivität von Kurzinterventionen bei Jugendlichen sollte mit einer formalen Kosteneffektivitätsanalyse geprüft werden.

Aufgrund zusätzlicher Erfahrungen nach dem Projektstart von KIM4U musste der Fokus einzelner Ziele etwas verändert werden. Dies führte dazu, dass die oben aufgelisteten Ziele im Vergleich zum Finanzierungsantrag vom 6. Juni 2005 zum Teil etwas anders und vor allem differenzierter formuliert sind. Anschliessend werden die Abweichung im Detail dargestellt und begründet:

Ebene Zielpersonen:

Die Formulierung im Antrag lautete: *"Ziel ist es, mittels Kurzinterventionen bei Jugendlichen mit regelmässigem Tabakkonsum die Aufhörtrate zu steigern und Jugendliche mit einem Probierkonsum beim Wiedererlangen der Abstinenz zu unterstützen"*. Bei dieser Formulierung stand der Rauchstopp klar im Vordergrund und eine allfällige Reduktion des Tabakkonsums war allenfalls implizit enthalten. Bei den zahlreichen Gesprächen mit Fachpersonen und ExpertInnen während der Feinplanung und im Rahmen der noch vor der Feldphase durchgeführten Fokusgruppen wurde klar, dass bei der Zielformulierung ein exklusiver Fokus auf den Rauchstopp nicht realistisch war. Der Grund liegt darin, dass (1) die Jugendlichen als Vorstufe für einen Rauchstopp auf ihr persönliches Risikoverhalten ausreichend sensibilisiert werden müssen und dass (2) bei Jugendlichen – insbesondere bei solchen, die stark rauchen – nebst dem Rauchstopp auch eine Reduktion beliebt ist. Zudem sind für eine erfolgreiche Verhaltensänderung genügend personale Ressourcen unabdingbar, was natürlich auch bei der Raucherentwöhnung mitberücksichtigt werden muss. Diese Punkte wurden bei der neuen, dreigliedrigen Zielformulierung berücksichtigt.

Ebene Fachpersonen:

Die Formulierung im Antrag lautete: *"Mittels Fokusgruppen mit Vertretern aus der medizinischen und psychosozialen Grundversorgung soll geklärt werden, ob Kurzinterventionen auf der Grundlage der motivierenden Gesprächsführung hinsichtlich Zweckmässigkeit und Wirksamkeit geeignet sind, um bei Tabakkonsum in der Primär- und frühen Sekundärprävention eingesetzt zu werden. Zudem soll geklärt werden, welches die spezifischen Bedürfnisse von Vertretern der Grundversorgung sind, um bei Jugendlichen mit Tabakkonsum erfolgreich intervenieren zu können."*

Im Rahmen von KIM4U wurde mit einem breiten Spektrum von Fachpersonen zwei Blocks Fokusgruppen durchgeführt, je ein Block vor und nach der Feldphase. Der Klarheit halber wurden im Gegensatz zum Antrag die Ziele neu separat pro Block formuliert.

Beim *ersten Block* stand die Abklärung der *Vorerfahrungen* in der jugendlichen Tabakprävention und zusätzlich die *Bereitschaft* und das *Interesse* der Fachpersonen im Vordergrund, bei Jugendlichen mit Tabakkonsum zu intervenieren. In der ursprünglichen Formulierung waren diese Aspekte mehr oder weniger implizit im Begriff "Zweckmässigkeit" enthalten. Die Abklärung der *"spezifischen Bedürfnisse"* wurde in der neuen Formulierung explizit auf die im Projekt integrierte Weiterbildung in

Kurzintervention/Motivierender Gesprächsführung bezogen, weil sich herausstellte, dass ein für die Fachpersonen optimiertes Curriculum entscheidend wichtig war.

Beim *zweiten Block* Fokusgruppen stand die Abklärung der *Machbarkeit*, *Wirksamkeit* und *Akzeptanz* im Vordergrund. Bei der Vorbereitung der Feldphase rückten die Kriterien der *Machbarkeit* und *Akzeptanz* – also die Durchführbarkeit – immer stärker in den Vordergrund, weil der Ansatz der Kurzintervention/Motivierenden Gesprächsführung insbesondere für den Bereich der Sozialen Arbeit neu zu sein schien und die entsprechenden Fachpersonen für die Projektmitarbeit erst einmal gewonnen werden mussten. In der ursprünglichen Formulierung waren die Begriffe der Machbarkeit und Akzeptanz nicht explizit enthalten.

Da KIM4U als Pilot durchgeführt wurde und für alle Akteure vieles noch unklar war, sollten von den Fachpersonen nach der Feldphase wichtige Erfahrungen eingeholt werden, die bei einer allfälligen Fortsetzung des Projektes für die *Weiterentwicklung* verwertet werden könnten. Auf Stufe Antrag war eine allfällige Weiterentwicklung noch kein Thema, ging es doch primär darum, die Massnahme erst einmal optimal zu planen und umzusetzen.

Ebene Fortbildung:

Das Leistungsziel, nämlich auf der Grundlage bestehender Manuale und Leitfäden für die Fortbildung in Kurzintervention je spezifische Curricula für die Fachpersonen der medizinischen Grundversorgung und für Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu entwickeln, wurde im Antrag nicht separat ausgeschieden, sondern war dort in die Durchführungsstufe 3 "Fortbildung" integriert. Da sich eine optimale Gestaltung der Weiterbildung für die Rekrutierung der Fachpersonen und die Umsetzung der Massnahme als sehr wichtig erwies, figuriert die Fortbildung neu als eigenständiges Leistungsziel und wird im Bericht mit der nötigen Sorgfalt abgehandelt (vgl. 2.6 und 2.7).

Ebene Kosteneffektivität:

Die Formulierung im Antrag lautete: *"Um die Kosteneffektivität zu evaluieren, wird eine formale Kosteneffektivitätsanalyse durchgeführt."* Wegen einer zu schmalen empirisch verwertbaren Datenbasis musste auf die Durchführung einer solchen Analyse verzichtet werden. Hingegen konnten die verfügbaren ökonomischen Daten dazu verwendet werden, die Wirtschaftlichkeit der Massnahme zu beurteilen (vgl. 3.6).

2 Projektkonzept und Methodik

2.1 Konzept von Kurzintervention und Motivierender Gesprächsführung

Das Konzept der Kurzintervention KI basierend auf dem Motivational Interviewing MI (Miller & Rollnick, 2002) stellt eine niederschwellige und kostengünstige Interventionsform dar, die sich für unterschiedliche Problemstellungen eignet. Rubak und Mitarbeitende zeigen in ihrem systematischen Review, dass MI auch in zeitlich begrenzten Settings von 15 Minuten Dauer Wirkung zeigt (Rubak et al., 2005). Mit dem Konzept bestehen bereits langjährige positive Erfahrungen im Alkoholbereich (Moyer et al., 2002; Poikolainen, 1999; Stoll et al., 1999; WHO, 1996, 2002). Empirische Evidenz für die Wirksamkeit von Kurzinterventionen gibt es auch im Drogenbereich (Stephens et al., 2000; McCambridge & Strang, 2004) und bei der Tabakentwöhnung (McDonald et al., 2003; Kröger & Piontek, 2005; Chinet et al., 2006).

Bei KI/MI handelt es sich um zielgerichtete Interventionen mit ein bis drei Gesprächsterminen, in denen an die Klienten wesentliche auf den Problembereich bezogene Informationen abgegeben werden, die Motivation zur Verhaltensveränderung abgeklärt wird und Unterstützung angeboten wird beim Erreichen von neu gesteckten Zielen der Verhaltensänderung. Grundlage für das Konzept der Kurzintervention bildet das *kognitiv-behaviorale Prinzip*. Der Aufbau von personalen und sozialen Ressourcen sowie die Sensibilisierung für mehr Eigenverantwortung ist dabei zentral (Rist et al., 2004; Kröger & Piontek, 2005; Rubak et al., 2005). Die Durchführung dieser Massnahme eignet sich für Fachpersonen der medizinischen und psychosozialen Grundversorgung (Rubak et al., 2005).

Verhaltensänderungen sind meist keine einmaligen Ereignisse, sondern bedingen einen mehr oder weniger langwierigen Prozess mit einer zirkulären Abfolge von Handlungsplanung, Versuchen der Umsetzung, Rückfällen und Neuversuchen. Als theoretischer Unterbau dazu figuriert in der praktisch tätigen Fachwelt nach wie vor das *transtheoretische Stadienmodell* nach Prochaska und DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1983, 1992; DiClemente et al., 2004; Steier & Konietzko, 2007), obwohl aus theoretischer Sicht an dieser Modellvorstellung starke Kritik geäußert wird (West, 2005). Das transtheoretische Modell unterscheidet folgende *5 Phasen* der Verhaltensänderung: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Umsetzung und Aufrechterhaltung. Ziel der Kurzintervention ist es, den Zielpersonen bei der Verhaltensänderung phasengerechte Unterstützung zu geben.

In der praktischen Anwendung wird unter "**Kurzintervention**" meist die Kombination von (1) Gesprächen kurzer Dauer und beschränkter Anzahl (2) Motivierender Gesprächsführung und (3) der Orientierung am transtheoretischen Modell verstanden. Im vorliegenden Bericht wird das Konzept "**Kurzintervention basierend auf Motivierender Gesprächsführung**" der Einfachheit halber mit **KI/MI** abgekürzt.

Erfolgreiche Interventionen für Jugendliche beinhalten zu einem grossen Teil die gleichen Aspekte und Prinzipien wie Programme für Erwachsene. Bei der praktischen Umsetzung bei Jugendlichen sollten allerdings wichtige Faktoren berücksichtigt werden, die eng mit deren Entwicklungsprozess zu tun haben. Diesbezüglich ist ein wichtiger Faktor zum Beispiel, dass bei Jugendlichen im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum noch kaum gesundheitliche Probleme bestehen, die für den Rauchstopp thematisiert werden könnten. Weitere wichtige Punkte sind eine beschränkte Introspektion, Abhängigkeit von der Peergruppe, heimliches Rauchen, pubertäres Protestverhalten sowie Fehleinschätzung der sozialen Norm. Im Überblicksartikel von Chinet et al. (2006) wird das Konzept KI/MI für die Tabakintervention bei Jugendlichen insgesamt empfohlen. Allfällige schädliche Effekte sind keine bekannt (Rubak et al., 2005).

Mit Bezug auf eine breite wissenschaftliche Basis wird das Konzept der Kurzintervention für die Tabakprävention mittlerweile auch in der Schweiz in verschiedenen Settings, von verschiedenen Berufsgruppen und für verschiedene Zielgruppen eingesetzt. Beispiele dafür sind folgende über den TPF finanzierte Interventionsprojekte (vgl. www.bag.admin.ch/tabak_praevention)

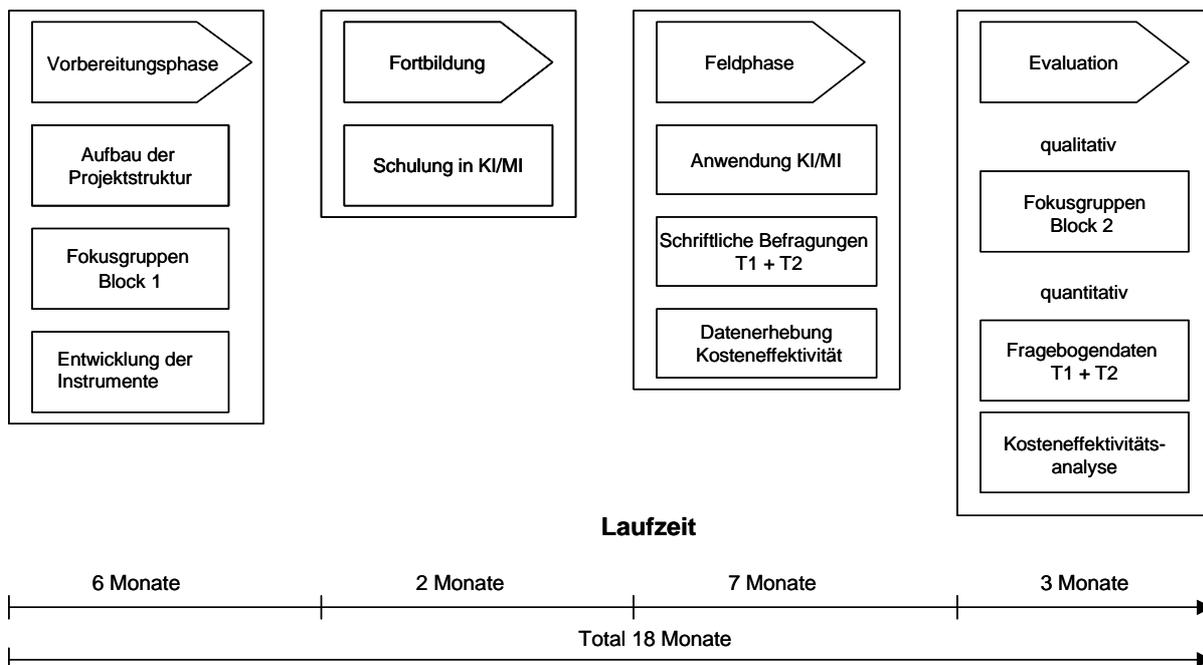
- Nationale Rauchstopp-Kampagne "Rauchen schadet – Let it be".
- Rauchstoppberatung für Herz-Kreislauf-Kranke und DiabetikerInnen durch medizinisches Fachpersonal.
- Rauchstoppberatung von jungen Frauen im Rahmen des Projektes "smoke effects". Dabei spielt der visualisierte Alterungsprozess der Haut als Folge des Tabakkonsums eine wichtige Rolle.

2.2 Projektdesign

Das Projekt KIM4U war auf eine Gesamtdauer von 18 Monate ausgelegt und gliedert sich in 4 Phasen, die zwischen Januar 2006 und Juni 2007 realisiert wurden (Abb. 1). In der Vorbereitungsphase zwischen Januar und Juni 2006 ging es primär darum, die Projektstruktur aufzubauen und an die Projektpartner zu kommunizieren, Fachpersonen für die Teilnahme zu rekrutieren und für die Bedarfsabklärung einen ersten Block von Fokusgruppen mit Fachpersonen durchzuführen. Parallel dazu wurden die Instrumente für die quantitative Evaluation entwickelt (Details dazu unter 2.3). In einer nächsten Phase folgten in den Monaten Juli und August 2006 Weiterbildungsworkshops in KI/MI für die Fachpersonen, kombiniert mit projektbezogenen Anleitungen für die konkrete Umsetzung von KIM4U. Die Feldphase startete unmittelbar nach absolvierter Weiterbildung der Fachpersonen und wies je nach Ausbildungsgruppe eine Dauer von 7 bis 8 Monaten auf. Während der Feldphase wurden bei den Jugendlichen Kurzinterventionen durchgeführt, die Fragebogen zum Ausfüllen abgegeben und von einem Teil der involvierten Fachpersonen die relevanten Kosten der Massnahme erfasst. Formal dauerte die Umsetzungsphase bis Ende

Februar 2007. Um den Datenrücklauf zu verbessern, wurde für Einzelfälle eine Verlängerung bis Ende März 2007 gewährt. Nach Abschluss der Feldphase folgte die Datenerfassung, Datenaufbereitung und Evaluation, gegliedert in einen qualitativen und einen quantitativen Bereich (Details dazu unter 2.3).

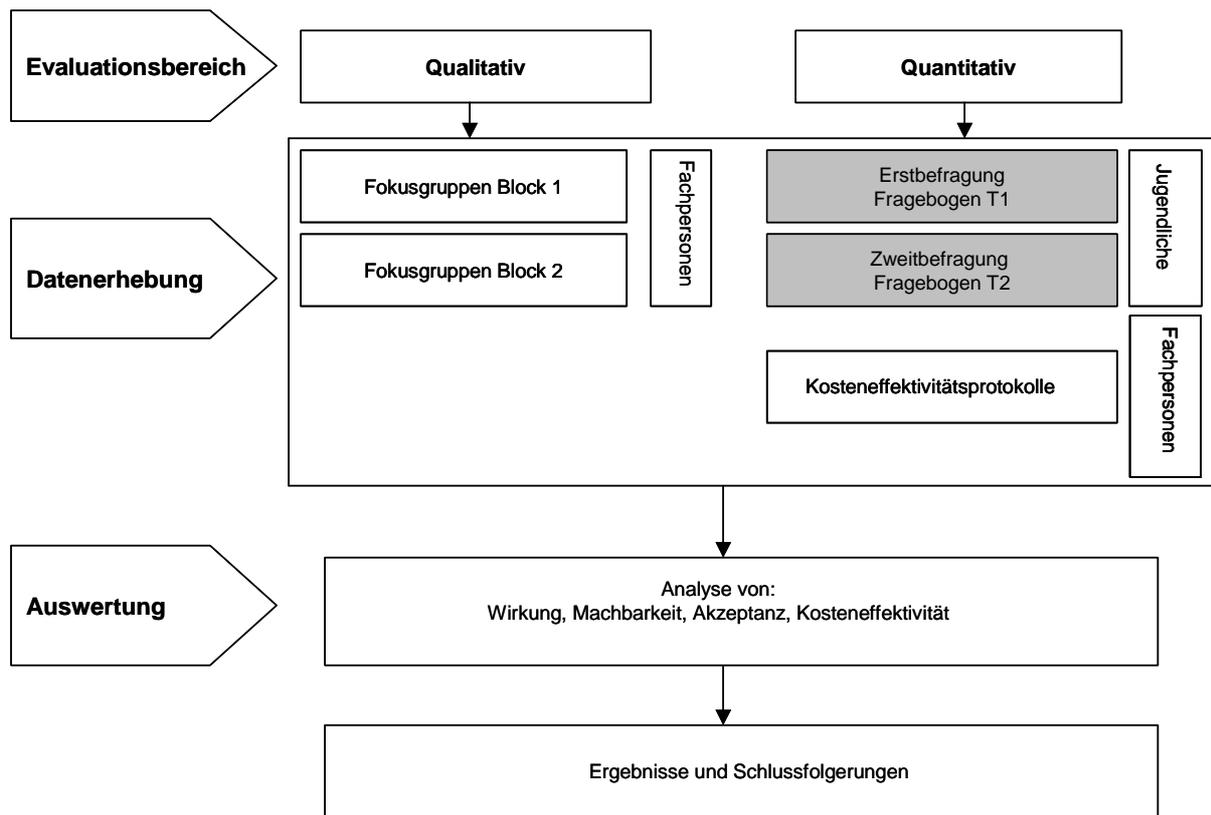
Abb. 1: Projektkonzept von KIM4U: Etappierung und Laufzeiten



2.3 Evaluationskonzept und eingesetzte Instrumente

Für KIM4U wurde eine mehrstufige wirkungsorientierte Evaluation geplant, die sich eng an die Etappierung des Projektes anlehnte und einen qualitativen und quantitativen Teil umfasste. Das Evaluationskonzept ist schematisch in Abb. 2 dargestellt. Daraus ist ersichtlich, welche Massnahmen für die Ebene der Fachpersonen bzw. für die Ebene der Jugendlichen (grau unterlegt) vorgesehen waren.

Abb. 2: Evaluationskonzept von KIM4U



Ebene Fachpersonen: Fokusgruppen Block 1 (Qualitativer Bereich)

Im Hinblick auf eine optimale Planung des Projektes wurden während der Vorbereitungsphase mit Vertreterinnen der medizinischen Grundversorgung und mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit je separate Fokusgruppen durchgeführt.

Die Fokusgruppen wurden anhand eines Leitfadens moderiert, wobei Fragen nach den bisherigen Erfahrungen in der Tabakprävention bei Jugendlichen, der Kenntnisstand zur Methodik von KI/MI und die spezifischen Bedürfnisse im Hinblick auf die geplante Weiterbildung im Vordergrund standen (vgl. 2.5).

Ebene Fachpersonen: Fokusgruppen Block 2 (Qualitativer Bereich)

Ein zweiter Block Fokusgruppen nach Abschluss der Feldphase – wiederum separat durchgeführt mit Fachpersonen aus dem medizinischen und psychosozialen Setting – diente dazu, die Massnahme KIM4U aus Sicht der Anwender von KI/MI auf qualitativem Niveau auszuwerten. Der Leitfaden für die Moderation enthielt Fragen zu den gemachten Erfahrungen während der Feldphase, der Einschätzung von Machbarkeit und Wirksamkeit sowie Möglichkeiten und Grenzen von KIM4U mit Blick auch in die Zukunft (vgl. 3.5).

Fragebogenuntersuchungen: Ebene Jugendliche (Quantitativer Bereich)

Um empirisch basierte Aussagen zur Wirkung von KI/MI auf Ebene der Zielgruppe machen zu können, enthielt der quantitative Teil des Evaluationskonzeptes eine klassische Prä- Postmessung mittels halbstandardisierter Fragebogen.

Das Konzept sah vor, dass die *Erstbefragung (T1)* anlässlich der initialen Kurzintervention und die *Zweitbefragung (T2)* nach einem Zeitintervall von 3 Monaten durchgeführt wurden.

Mit Rücksicht auf den Datenschutz wurde mit den Fachpersonen vereinbart, dass das Ausfüllen der Fragebogen in den jeweiligen Settings erfolgen sollte. Ein positiver Nebeneffekt der Fragebogen bestand darin, dass sie den Fachpersonen je nach Situation als Gesprächsleitfaden dienlich waren.

Mit den Fragebogen T1 und T2 wurde ein breites Spektrum an Merkmalen zum Rauchverhalten, zur Bedeutung des Tabakkonsums, zur Rauchstoppmotivation sowie zur sozialen und persönlichen Situation erfasst. Aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit wurden die Häufigkeit des Tabakkonsums und die Motivation für die Verhaltensänderung mit analogen Items aus der ESPAD-Studie (Gmel et al., 2004) erfasst. Zur Messung der Tabakabhängigkeit diente primär die *"Hooked On Nicotine Checklist"* (DiFranza et al., 2002), die sich bevorzugt für den Einsatz bei Jugendlichen eignet.

Ebene Fachpersonen: Kosteneffektivitätsprotokolle (Quantitativer Bereich)

Empirische Daten als Grundlage für die geplante Kosteneffektivitätsanalyse wurden mittels eines Protokollblattes erhoben. Darin wurden kostenrelevante Angaben erfasst zu:

- Dauer der Kurzintervention
- Aufgewendete Zeit für die Vor- und Nachbereitung (Telefonate, Aktenstudium, Aktenführung)
- Zusätzliche Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von KI/MI

Um den administrativen Aufwand für die Fachpersonen bei der Mitarbeit bei KIM4U so gering wie möglich zu halten, entschied sich die Projektleitung, die Protokollblätter nicht von allen Fachpersonen ausfüllen zu lassen, sondern sich dabei auf eine beschränkte Anzahl von Freiwilligen zu beschränken. Insgesamt führten 1 medizinische Fachperson und 9 Fachpersonen aus dem Bereich der Sozialen Arbeit Protokollblätter aus.

2.4 Datenanalyse

Der Fokus der Datenanalyse wurde darauf ausgerichtet, die unter 1.2 aufgeführten Wirkungsziele zu evaluieren. Primär ging es darum, die Machbarkeit, Wirkung und Akzeptanz der Massnahme von KIM4U mit den verfügbaren qualitativen und quantitativen empirischen Daten zu untersuchen.

Auswertung der qualitativen Daten

Die Gespräche aus den Fokusgruppen wurden auf Tonträger aufgenommen, transkribiert und anschliessend inhaltsanalytisch fokussiert auf die Hauptfragen des Leitfadens ausgewertet.

Auswertung der quantitativen Daten

Die Fragebogendaten (Ebene Jugendliche) und die Angaben auf den Protokollblättern (Ebene Fachpersonen) wurden elektronisch erfasst. Anschliessend wurden die einzelnen Datenfiles miteinander verknüpft und Plausibilitätskontrollen durchgeführt. Als Analysemethoden dienten deskriptive Standardverfahren, Korrelationsberechnungen mit entsprechenden Signifikanztests. Die Analysen wurden mit dem Statistikpaket SPSS 14 durchgeführt.

2.5 Vorabklärungen mit den Fachpersonen (Fokusgruppen Block 1)

2.5.1 Zielsetzung und Methodik der Fokusgruppen

Das Ziel, mit Fachpersonen aus den verschiedenen Fachbereichen Fokusgruppen durchzuführen, bestand darin, Antworten – zumindest ansatzweise – auf folgende Fragen in Erfahrung zu bringen:

- Wie gestaltet sich in den jeweiligen Settings der Kontakt zu den Jugendlichen und welchen Stellenwert hatte dabei die Tabakprävention bisher?
- Wie wird die Machbarkeit des Projektes KIM4U eingeschätzt, insbesondere was die Rekrutierung von Jugendlichen, die Durchführung von Kurzinterventionen und den Einsatz von Instrumenten für die Evaluation anbelangt?
- Welche Vorerfahrungen bestehen, was das Konzept der Kurzintervention basierend auf Motivierender Gesprächsführung anbelangt?
- Welche spezifischen Bedürfnisse bestehen für die geplante Weiterbildung in KI/MI und im Hinblick auf einen für die Fachpersonen optimierten Projektablauf?

Ein erster Block mit 3 *Fokusgruppen* wurde noch während der Vorbereitungsphase durchgeführt. Damit bestand Gewähr, dass wichtige Bedürfnisse der für die Umsetzung von KIM4U vorgesehenen Fachpersonen und Institutionen in der Feinplanung berücksichtigt werden konnten. Für die Gestaltung der Weiterbildung war dies entscheidend wichtig.

Methodische Hinweise

Der erste Block umfasste zwei Gruppen mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit und eine mit medizinischen Fachpersonen. Die Diskussionsgruppen wurden in methodischer Hinsicht in einem identischen Rahmen durchgeführt:

Die *Hauptmoderation* nahm der Projektleiter von KIM4U, M. Neuenschwander, wahr und wurde dabei vom wissenschaftlichen Projektmitarbeiter D. Schnoz unterstützt. Für die Gruppendiskussion wurde ein *einheitlicher Leitfaden* entwickelt mit den Hauptfragen und mit relevanten themenspezifischen Informationen, so dass der Ablauf der Gruppendiskussion in allen Gruppen vergleichbar gestaltet werden konnte.

Mit Rücksicht auf die jeweiligen Berufsfelder, die Fachsprache und die spezifischen Erfahrungshintergründe wurden die *medizinischen Fachpersonen* und die *Fachpersonen der Sozialen Arbeit* in separaten Fokusgruppen zusammengefasst. Damit wurde die Voraussetzung geschaffen, in der Diskussion fachspezifisch ausreichend in die Tiefe gehen zu können.

Sämtliche Fokusgruppen wurden in den *Räumlichkeiten der ARUD* am Sitz des ISGF in Zürich durchgeführt mit einer *Dauer* von je rund 2 Stunden. Die Gruppendiskussion wurden mit dem Einverständnis der Beteiligten mittels eines Audiogerätes aufgenommen. Auf diesen *Tondokumenten* basiert die Auswertung der Gruppengespräche.

Zum Zweck einer besseren Übersicht werden im Folgenden die Hauptfragen und die jeweiligen Zusatzfragen als "*Fragenkomplexe*" zusammengefasst und die jeweiligen Hauptergebnisse zu diesen Fragenkomplexen chronologisch dargestellt.

2.5.2 Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit medizinischen Fachpersonen

Eine erste Fokusgruppe mit 11 medizinischen Fachpersonen fand am 4. April 2006 statt.

Vertretene Fachbereiche

- Schulärztlicher Dienst (SAD) der Stadt Zürich: 3 Personen (darunter die Leitung des SAD)
- Schulärztlicher Dienst der Stadt Bern: 1 Person
- Schulärztlicher Dienst der Stadt St.Gallen: 1 Person
- Schulzahnärztlicher Dienst (SZD) der Stadt Zürich: 3 Personen (darunter 1 Schulzahnärztin und je 1 Person aus dem Dentalhygiene- und Prophylaxebereich)
- Schulzahnärztlicher Dienst der Stadt Bern: 2 Personen (darunter 1 Schulzahnärztin und 1 Person aus dem Dentalhygiene- und Prophylaxebereich)
- Praktizierende Ärzte in eigener Praxis: 3 Personen, und zwar:
 - 2 niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, darunter der Präsident des Verbands der kantonalen Kinderärzte, Zürich
 - 1 Facharzt für innere Medizin. Dieser ist gleichzeitig Multiplikator bei der nationalen Kampagne "Rauchen schadet – Let it be".

Fragenkomplex 1: In welchem Zusammenhang besteht in den jeweiligen Settings Kontakt mit den Jugendlichen und wie wird bei vorhandenem Tabakkonsum interveniert?

Bei den *Schulärztlichen Diensten* besteht der Zugang zum Alterssegment der 13- bis 16-Jährigen mindestens jährlich im Rahmen der Oberstufenscreenings. Der Tabakkonsum wird dabei routinemässig erfasst. Entsprechende Interventionen wurden bislang – wenn überhaupt – relativ unsystematisch durchgeführt und beschränken sich in der Regel auf die Vermittlung von Informationen. Bei Bedarf wird zusätzlich auf die enge Zusammenarbeit mit den Suchtpräventionsstellen zurückgegriffen. Die *Schulzahnärztlichen Dienste* erkundigen sich im Rahmen ihrer jährlichen Routineuntersuchungen von Schulklassen gezielt nach dem Tabakkonsum der SchülerInnen, wenn sie auf entsprechende Hinweise stossen. In solchen Fällen beschränkt sich die Intervention auch beim *SZD der Stadt Zürich* auf die Sensibilisierung und Aufklärung über den Zusammenhang zwischen dem Tabakkonsum und negativen Folgen für die Mundflora sowie über weitere gesundheitliche Risiken. In den *Pädiatriepraxen* wird allfälliger Tabakkonsum nicht systematisch abgefragt, da die Ärztinnen und Ärzte in der Regel auf das eingehen, was die PatientInnen als ihr Problem beschreiben. Die PädiaterInnen verstehen ihre Rolle in erster Linie als AuftragnehmerInnen. Ausserdem kommen Jugendliche nicht selten in Begleitung der Eltern in die pädiatrischen Praxen, was oft dazu führt, dass die Jugendlichen das Rauchen nicht offen zugeben.

Konkrete Anfragen zur Hilfestellung bei der Tabakentwöhnung von 13- bis 16-Jährigen sind bei den Pädiatriepraxen kaum zu verzeichnen.

Fragenkomplex 2: Wie wird die Machbarkeit der Massnahme KIM4U eingeschätzt und wie gross ist das Rekrutierungspotenzial in den verschiedenen Settings?

Der *SAD der Stadt Zürich* schätzt die Machbarkeit von KIM4U als durchaus realistisch ein und zeigt grosses Interesse am Konzept von Kurzintervention und Motivierender Gesprächsführung. Im Rahmen der jährlich durchgeführten Reihenuntersuchungen in den Klassen der Oberstufe kommt der *SAD der Stadt Zürich* mit rund 2'000 Jugendlichen im Alter von 13 bis 16 Jahren in Kontakt. Beim *Schulärztlichen Dienst der Stadt Bern* ist die Machbarkeit unsicher, da die verfügbaren zeitlichen Ressourcen zur Zeit sehr knapp ausfallen. Das Rekrutierungspotenzial wird auf jährlich ca. 800 bis 900 Kontakte mit Jugendlichen der relevanten Zielgruppe geschätzt. Aus Sicht des *Schulärztlichen Dienstes der Stadt St.Gallen* ist die Massnahme KIM4U grundsätzlich machbar, obwohl auch hier die zeitlichen Ressourcen sehr begrenzt sind. Nach Einschätzung der Vertreterin des *SAD St.Gallen* wäre es wahrscheinlich notwendig, die SchülerInnen für die Massnahme zu einer separaten Konsultation anzubieten, da der Zeitrahmen während den Reihenuntersuchungen zu eng für zusätzliche Aufgaben ist. Der *SAD St.Gallen* hat durch diese Reihenuntersuchungen jährlich zu mehreren Hundert Jugendlichen zwischen 13 und 16 Jahren Kontakt.

Aus Sicht des Bereichs der *Dentalhygiene des Schulzahnärztlichen Dienstes der Stadt Zürich* wird eine Kurzintervention im Rahmen von KIM4U durchaus als möglich erachtet. Beim *SZD der Stadt Bern* besteht das gleiche Problem hinsichtlich der (zeitlichen) Ressourcen wie beim *SAD der Stadt Bern*.

Für die Vertreter der *Pädiatriepraxen* sind die Faktoren Zeit und Kosten nicht prioritär relevant. Kurzinterventionen werden von ihnen bereits im alltäglichen Handeln angewandt. Diese dauern oftmals lediglich wenige Minuten. Betont wird aber die Wichtigkeit des "auftragsbezogenen" Arbeitens. Die Jugendlichen bitten allerdings kaum aus Eigeninitiative um Hilfe für einer Rauchentwöhnung. Die PädiaterInnen verstehen ihre Rolle mehr darin, ein Gegengewicht zur Vorstellung "Rauchen ist cool" darzustellen. Insgesamt muss das Rekrutierungspotenzial im Bereich der Pädiatrie im Rahmen von KIM4U als eher bescheiden bewertet werden. Zwar schätzt einer der anwesenden Pädiater die Zahl der Jugendlichen aus der relevanten Zielgruppe, die seine Praxis jährlich aufsuchen, auf jährlich rund 125 Fälle. Da die Jugendlichen oftmals von den Eltern in die Praxis begleitet werden, ist das offene Gespräche über einen allfälligen Tabakkonsum nur erschwert oder gar nicht möglich.

Fragenkomplex 3: Wie bekannt ist das Konzept von Kurzintervention basierend auf Motivierender Gesprächsführung und welche spezifischen Ansprüche bestehen an die geplante Weiterbildung der Fachpersonen in KI/MI?

Das Konzept von KI/MI ist dem *SAD der Stadt Zürich* bereits bekannt. Für die Leitung ist es wichtig, dass die Fortbildung spezifisch auf den Umgang mit Jugendlichen fokussiert wird. Zusätzlich wäre eine Anleitung nützlich, welche eine Hilfestellung bei der Einschätzung der Verhaltensänderungsbereitschaft der Jugendlichen bietet. Auf das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung wird grosse Hoffnung gelegt wegen der grundsätzlichen Möglichkeiten, diese Gesprächsform auch für andere Problembereiche anzuwenden (z.B. Alkohol, Gewalt, illegale Drogen). Von der Exponentin des *Schulärztlichen Dienstes der Stadt St.Gallen* wird gewünscht, dass in den Weiterbildungen Informationen zum Zusammenhang von sozialer Kontrolle und Prävalenzen des Rauchens vermittelt werden.

Für die *Pädiatriepraxen* ist das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung nach Einschätzung der Vertreter noch relativ unbekannt. Die PädiaterInnen verfügen zwar bereits über relativ viel Erfahrung mit Konzepten der individuellen Vorsorge, der Tabakkonsum spielt dabei aber nur eine untergeordnete Rolle. Ausserdem sind die Kosten, die für die PatientInnen in Form des Selbstbehaltes anfallen, eine Hemmschwelle, die nicht unterschätzt werden darf. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass der Zusammenhang mit dem Thema "Gewichtsreduktion" und "Gewichtsstabilität" unbedingt in die Fortbildung integriert werden sollte, da von vielen Jugendlichen das Rauchen mit diesen beiden Themensträngen verbunden wird.

Fragenkomplex 4: Wie kann das geplante Projekt bei den medizinischen Berufsgruppen möglichst effizient bekannt gemacht werden und welches sind wichtige Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung von KIM4U?

Aus verschiedenen Gründen stellt die Organisation der Zweitbefragung für KIM4U einen Knackpunkt dar: Falls die Jugendlichen in den jeweiligen Settings nicht zu einem Folgetermin aufgeboten werden (können), kann die Zweitbefragung nur über eine hinterlegte Adresse sichergestellt werden, was selbstverständlich das Einverständnis der Jugendlichen voraussetzt. Die Adresse zu hinterlegen ist für diejenigen Jugendlichen ein Problem, deren Eltern nichts vom Tabakkonsum wissen und auch nichts darüber erfahren sollten. Seitens Projektleitung wurde ein Anreiz in Form eines Gutscheines im Wert von 10.- Franken zum Download von Musik für diejenigen Jugendlichen vorgesehen, die beide Fragebogen ausfüllen und retournieren. Die Diskussionsgruppe macht verschiedene Lösungsvorschläge, um das Problem der Zweitbefragung zu lösen: (1) Erstellen einer Einverständniserklärung zur Herausgabe der Adressen der Jugendlichen; (2) Vereinbarung eines Zweittermins mit dem Schularzt; (3) Aufnahme der Handynummer der Jugendlichen zwecks Versand einer Erinnerung-SMS. Ausserdem wird festgestellt, dass auf keinen Fall der zweite Fragebogen zeitgleich mit dem ersten überreicht werden darf, da die Validität der Daten ver-

mutlich darunter leiden würde (z.B. infolge vorzeitigen Ausfüllens des zweiten Fragebogens).

Wichtigste Ergebnisse aus der Gruppendiskussion

Besonders der *SAD* und der *SZD der Stadt Zürich* verfügen über ein grosses Potenzial, welches im Sinne von KIM4U eingesetzt werden kann. Diese Feststellung gründet auf dem Umstand, dass an den Oberstufen systematische Reihenuntersuchungen mit einer grossen Anzahl von Jugendlichen durchgeführt werden. Zusätzlich bekunden die beiden Institutionen der Gesundheitsdienste Stadt Zürich ein hohes Interesse an der geplanten Massnahme. Beim *SAD der Stadt St.Gallen* wird die Massnahme als grundsätzlich machbar bewertet, jedoch mit der Einschränkung, dass die zeitlichen Ressourcen sehr knapp sind. Beim *SAD der Stadt Bern* bedarf es vorerst weiterer Abklärungen, da die zeitlichen Ressourcen ebenfalls ausgesprochen knapp sind.

Das Interesse am Konzept KI/MI ist grundsätzlich bei allen *Schulärztlichen* und *Schulzahnärztlichen Diensten* sehr gross und zusätzlich wird die Machbarkeit der geplanten Intervention beim *SAD* und *SZD der Stadt Zürich* sowie dem *SAD der Stadt St.Gallen* als realistisch eingestuft. Die *pädiatrischen Privatpraxen* arbeiten hauptsächlich auftragsbezogen und die Prävention steht dabei nicht im Vordergrund. Dazu kommt, dass die Jugendlichen oftmals von ihren Eltern in die ärztlichen Untersuchungen begleitet werden und dadurch ein offenes Gespräch erschwert oder verunmöglicht wird. Aus diesen Gründen bleibt das Potenzial bei den Pädiatriepraxen für KIM4U eher gering.

Es besteht Konsens darüber, dass die geplante Weiterbildung für die Fachpersonen praxisorientiert und jugendspezifisch konzipiert sein muss.

2.5.3 Ergebnisse aus den Fokusgruppen mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit

Die beiden Fokusgruppen aus dem psychosozialen Bereich wurden mit insgesamt 12 Fachpersonen durchgeführt und fanden am 3. und 10. April 2006 statt. Die Ergebnisse der beiden Diskussionsgruppen werden im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

Vertretene Fachbereiche in der Fokusgruppe vom 3. April 2006

- Soziale Dienste Zürich, Kompetenzzentrum: 1 Person
- Berner Gesundheit BEGES Kt. Bern: 1 Person
- Suchtpräventionsstelle Zürich: 1 Person
- Schulpsychologischer Dienst der Stadt Zürich: 1 Person

- Suchtprävention und Drogenberatung Kt. Schaffhausen: 1 Person
- Radix Gesundheitsförderung: 1 Person
- Offene Jugendarbeit Unterseen/Interlaken: 1 Person

Vertretene Fachbereiche in der Fokusgruppe vom 10. April 2006

- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände SAJV, Bereich Gesundheitsförderung: 1 Person
- Jugendberatung der Stadt Zürich: 1 Person
- Streetwork Zürich – aufsuchende Sozialarbeit der ambulanten Drogenhilfe: 1 Person
- "Züri Rauchfrei", Kantonale Fachstelle für Tabakprävention Kt. Zürich: 1 Person
- Hochschule für Soziale Arbeit, FH Nordwestschweiz: 1 Person

Fragenkomplex 1: Welche Vorkenntnisse und Vorerfahrungen bestehen zu den Themen Tabakkonsum und Rauchstopp?

Die Fachpersonen sind sich einig darüber, dass der Tabakkonsum unter Jugendlichen ein ernstes Problem darstellt. Je nach Fachbereich werden allerdings unterschiedliche Problembereiche (nebst Tabakkonsum) als dringlich erachtet. Nicht selten rückt deshalb das Thema Tabak zumindest teilweise in den Hintergrund zugunsten von familiären, psychischen oder schulischen Problemen (v.a. beim *Schulpsychologischen Dienst*, bei der aufsuchenden Gassenarbeit *Streetwork* und bei der *Jugendberatung*). In anderen Fachbereichen und Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung hingegen ist das Thema Tabak hochaktuell (z. B. *Suchtprävention und Drogenberatung Schaffhausen*, *Berner Gesundheit*, *offene Jugendarbeit*, *Radix Gesundheitsförderung*). Jugendspezifische Rauchstopp-Programme sind allerdings kaum vorhanden und die generellen Rauchstopp-Angebote werden von Jugendlichen ohnehin so gut wie nicht genutzt. Die betroffenen Fachbereiche sehen deshalb einen hohen Bedarf an jugendspezifischen und niederschweligen Rauchstopp-Angeboten. Das Rauchen wird als ein Gruppenphänomen wahrgenommen, das einer starken sozialen Dynamik unterliegt. Bei den weiblichen Jugendlichen ist zudem der Wunsch, das Körpergewicht stabil zu halten, bzw. die Angst an Gewicht zuzulegen, eine nicht zu unterschätzende Hemmschwelle für Rauchstopp-Versuche.

Fragenkomplex 2: Welche Kontaktmöglichkeiten zu Jugendlichen mit Tabakkonsum bestehen und wie wird bei Tabakkonsum interveniert?

Grundsätzlich könnten Tausende von Jugendlichen zwischen 13 und 16 Jahren erreicht werden (z.B. über die *Schulsozialarbeit*, *Schulpsychologische Dienste*, *offene Jugendarbeit*). Organisationen wie *Radix Gesundheitsförderung*, *BEGES* oder die *Suchtpräventionsstellen* haben in der Regel nicht direkten Kontakt zu Jugendlichen,

aber sie bilden wichtige Schnittstellen zu den Lehrerpersonen, Schulleitungen, Betriebsleitungen, JugendarbeiterInnen u.ä.

Ein besonders grosses Potenzial weist das Netzwerk "Gesundheitsfördernde Schulen" von *Radix Gesundheitsförderung* auf, welches ca. 350 Schulen umfasst. Wie gut bestehende Potenziale für die Tabakprävention aber konkret genutzt werden (können), ist eine andere Frage. Die *BEGES* bietet beispielsweise Rauchstopp-Programme an, die von Jugendlichen kaum genutzt werden. Für die *SAJV* ist Suchtmittelkonsum und entsprechende Aufklärung zwar ein Thema, aber Tabak nimmt dabei eher eine marginale Rolle ein. Interventionen beschränken sich je häufig darauf, Jugendliche aus Lagern nach Hause zu schicken, die gegen das Rauchverbot verstossen.

Konkrete Anstrengungen, die den Weg zu erfolgreichen Interventionsmöglichkeiten bei Tabakkonsum eröffnen sollen, werden aktuell (Stand April 2006) für das Projekt "Rauchfreie Schulen" von *Züri Rauchfrei* erarbeitet. Das Ziel dabei besteht darin, einen Leitfaden für Lehrpersonen, Schulleitungen und BehördenvertreterInnen zu entwickeln und dessen Umsetzung zu evaluieren (vgl. Projekt "Auf dem Weg zu rauchfreien Schule").

Fragenkomplex 3: Welche bisherige Erfahrungen bestehen mit dem Konzept Kurzintervention/Motivierende Gesprächsführung?

Der Bekanntheitsgrad des *Konzepts der Kurzintervention* ist bei den vertretenen Berufsgruppen als eigenständige Methode sehr unterschiedlich ausgeprägt. Bei *Radix Gesundheitsförderung* beispielsweise ist das Konzept seit einigen Jahren bekannt und wird als vielversprechende Interventionsform gesehen, die sich in verschiedenen Bereichen bereits bewährt hat. Bei der *SAJV* bestehen diesbezüglich keine Vorerfahrungen, und auch in der *Jugendberatung* wird KI/MI nicht aktiv angewandt. Bei *Streetwork* hingegen basiert praktisch die gesamte Arbeitsweise auf "Kurzintervention", weil die jeweiligen Kontakte mit den Jugendlichen auf flüchtigen Situationen beruhen und deshalb sehr schnell zu einem Ziel führen müssen. Von einer systematischen Anwendung von KI/MI kann allerdings nicht gesprochen werden. Aus der *Suchtprävention des Kantons Zürich* haben sich einige Personen im Rahmen von MOVE-Kursen in der Methodik von KI/MI weiterbilden lassen. Dabei besteht der Fokus beim Cannabiskonsum. Bekannt ist das Konzept KI/MI ebenfalls in der *Suchtprävention und Drogenberatung Schaffhausen*.

Die Teilnehmenden äussern sich insgesamt interessiert über das vielfach noch neuartige Konzept der Kurzintervention und sind gleichzeitig offen und zuversichtlich, dass diese Methode in ihrem beruflichen Umfeld gewinnbringend eingeführt bzw. professionalisiert werden könnte. Was Vorkenntnisse und Erfahrungen in der Gesprächsführung im Allgemeinen und in der Motivierenden Gesprächsführung im Speziellen anbelangt, bestehen zwischen den vertretenen Berufsgruppen der psychosozialen Grundversorgung sehr grosse Unterschiede. In der Jugendberatung gehören

beispielsweise sehr gute beraterische und therapeutische Kenntnisse zum Standard. Bei den LagerleiterInnen der SAJV wird im Wesentlichen auf die vorhandenen fachlichen Ressourcen zurückgegriffen, ohne gezielte Schulung. Die SozialarbeiterInnen von Streetwork nehmen diesbezüglich eine Mittelposition ein.

Fragenkomplex 4: Welches Potenzial besteht in den jeweiligen Fachbereichen, um Jugendliche mit Tabakkonsum für das Projekt KIM4U zu rekrutieren?

Insgesamt werden die Chancen als gut bewertet, für das Projekt KIM4U Jugendliche mit Tabakkonsum zu rekrutieren.

Die *offene Jugendarbeit* hat grundsätzlich Zugang zu vielen rauchenden Jugendlichen in Treffpunkten, Lagern und diversen Veranstaltungen. *Radix Gesundheitsförderung* könnte z. B. über das erwähnte Netzwerk "Gesundheitsfördernde Schulen" voraussichtlich zahlreiche Jugendliche erreichen (allerdings eher indirekt über die Schulleitungen, die Lehrerschaft, die Betriebsleitungen aber auch über die *schulärztlichen* und *schulpsychologischen Dienste* und die *Schulsozialarbeit*). Ähnlich verhält es sich bei der *BEGES*. Gemäss des Vertreters der *Jugendberatung der Stadt Zürich* werden innerhalb von 6 bis 8 Monaten insgesamt rund 120 bis 150 Jugendliche zur Behandlung aufgenommen. Davon könnten vermutlich ca. 30 bis 50 Jugendliche für das Projekt KIM4U rekrutiert werden. Die Klientel der aufsuchenden Gassenarbeit (*Streetwork Stadt Zürich*) ist meist etwas älter als 16 Jahre. Aber bei den Jugendtreffs könnten sehr wohl Jugendliche mit Tabakkonsum im Alter von 13 bis 16 Jahren kontaktiert werden. Aus Sicht von *Züri Rauchfrei* bestehen in den Schulen drei mögliche Zugänge für die konkrete Umsetzung von KI/MI bei Jugendlichen mit Tabakkonsum: (1) über das Netzwerk "Gesundheitsfördernde Schulen" im Kanton Zürich, (2) über die Schulsozialarbeit und (3) über eine Vernetzung mit dem Projekt "Rauchfreie Schule" von Züri Rauchfrei.

Fragenkomplex 5: Welche spezifischen Bedürfnisse an die Weiterbildung in KI/MI bestehen?

Die Zielgruppe der 13- bis 16-Jährigen zeichnet sich aus durch eine hohe Volatilität im Verhalten und zusätzlich durch eine erhöhte Vulnerabilität. Bei Jugendlichen steht das "Hier und Jetzt" im Vordergrund. Argumentationsansätze, die in die Zukunft zielen, stossen bei Jugendlichen auf geringe Resonanz. Diesbezüglich bestehen grosse Unterschiede zu anderen Alterskohorten. In der Diskussionsgruppe besteht Konsens darüber, dass diese besonderen Aspekte in der Weiterbildung (bezogen auf den Tabakkonsum) gezielt berücksichtigt werden sollten. Zusätzlich besteht ein besonderes Interesse an praxisorientierten Werkzeugen für die Fachpersonen. Das "Prochaska-Modell" gilt als wichtige praktische Hilfe bei der Ermittlung der Verhaltensänderungsbereitschaft bei den Jugendlichen und geniesst entsprechend einen hohen Stellenwert. Von den VertreterInnen der Berufsgruppen mit guten Vorkenntnissen und Vorerfahrungen in Gesprächsführung und Beratung (z.B. *Jugendberatung, Schulsozial-*

arbeit, *Schulpsychologische Dienste*) wird die Wichtigkeit einer frühzeitigen und sorgfältigen Berücksichtigung der beruflichen Erfahrungshintergründe betont. Damit die Motivation der TeilnehmerInnen hoch gehalten werden kann, ist es unabdingbar, dass deren Erfahrungshintergrund in der Weiterbildung von Anfang an mit einbezogen wird. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, die Kurse nach gruppenspezifischen Bedürfnissen zu gestalten und dabei einen modularen Aufbau für die Weiterbildung zu verfolgen. Die Notwendigkeit einer praxisbezogenen Weiterbildung mit aussagekräftigen Beispielen und Rollenspielen wird unterstrichen. Ausserdem wird gewünscht, dass den Fachpersonen die wichtigsten Inhalte in schriftlicher Form (Handouts) abgegeben werden und dass zusätzlich die Möglichkeit geschaffen wird, dass sich die Weitergebildeten bei dringenden Fragen an ihre Peers oder an die Referenten wenden können (Hotline).

Für die Jugendlichen selbst sollten ansprechende und leicht lesbare Fact-Sheets und Broschüren mit den wichtigsten Punkten zu den Themen Rauchen und Rauchstopp zur Verfügung stehen. Dabei könnte auf bereits vorhandene Produkte aus verschiedenen Projekten und Programmen zurückgegriffen werden.

Wichtigste Ergebnisse aus den Gruppendiskussionen

Die Fachpersonen sind sich einig darüber, dass der jugendliche Tabakkonsum eine ernsthafte Problematik darstellt. Bezüglich direktem Kontakt zu Jugendlichen muss zwischen Fachbereichen unterschieden werden, die gewissermassen "an der Front" stehen (z.B. Schulsozialdienst, offene Jugendarbeit, Streetwork) und solchen, die eher Schnittstellenfunktionen (z.B. Radix Gesundheitsförderung, BEGES, Züri Rauchfrei) übernehmen. Entsprechend unterschiedlich sind die direkten Kontaktmöglichkeiten zu Jugendlichen. Es herrscht ein allgemeiner Konsens darüber, dass es grundsätzlich niederschwelliger und jugendspezifischer Rauchstopp-Angebote bedarf. Die bisherigen Interventionsmethoden bei jugendlichem Tabakkonsum werden – falls überhaupt vorhanden – als unbefriedigend eingestuft, da sie kaum genutzt werden. Den meisten Fachpersonen ist das Konzept der KI/MI noch nicht vertraut. Insbesondere bei den Fachpersonen, die häufigen, direkten Kontakt zu Jugendlichen pflegen, besteht aber ein hohes Interesse an dieser Methodik.

Das Potenzial für KIM4U wird vor allem in Bereichen gesehen, in denen es nicht vorwiegend um Jugendliche mit gravierenden Problemen geht (wie dies häufig bei den Schulpsychologischen Diensten oder in der Jugendberatung der Fall ist), sondern eher in alltagsnahen Kontexten, wie dies bei der offenen Jugendarbeit und auch bei der Schulsozialarbeit der Fall ist. Über die Schulsozialdienste, die offene Jugendarbeit, über geeignete Jugendverbände und indirekt auch über Radix Gesundheitsförderung und BEGES besteht grundsätzlich das Potenzial, insgesamt mehrere Tausend Jugendliche zu erreichen.

Das Weiterbildungsangebot soll vor allem praxisorientierte, alltagsbezogene Anwendungsmöglichkeiten unterstützen und den beruflichen Erfahrungshintergrund der ein-

zelenen Fachpersonen berücksichtigen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, werden praktische Leitfäden und ein modularer Aufbau des Angebotes gewünscht.

2.6 Instruktionsteams und Curricula für die Weiterbildung in Kurzintervention

Für die Weiterbildung der medizinischen und psychosozialen Fachpersonen wurden aus Gründen einer optimalen Akzeptanz je separate Instruktionsteams zusammengestellt. Für die Fachpersonen beider Bereiche fanden zwischen Anfang Juli und Ende August 2006 je zwei Weiterbildungen statt. Örtlich fanden die Schulungen wie die Fokusgruppen in den Räumlichkeiten der ARUD in unmittelbarer Nähe des Hauptbahnhofs Zürich statt. Für die Fachpersonen bestand somit eine relativ gute Erreichbarkeit.

Die *Instruktionsteams* bestanden aus Personen mit Expertise in der Motivierenden Gesprächsführung, Kurzintervention, Rauchstoppberatung und Jugendmedizin. Die projektspezifischen Informationen und Anleitungen für die konkrete Umsetzung von KIM4U wurden durch den Projektleiter von KIM4U vermittelt.

2.6.1 Kursdauer, Kursziele und Voraussetzungen für die Kursteilnahme

Bei der Rekrutierung von interessierten Fachpersonen wurde klar, dass die *Kursdauer* möglichst knapp gehalten werden musste, und zwar aus folgenden Gründen:

- Die meisten Fachpersonen aus den beteiligten Institutionen (insbesondere Schulärztliche Dienste, Schulsozialarbeit, offene Jugendarbeit) arbeiten teilzeit und verfügen über ein beschränktes Zeitbudget, um an zusätzlichen Weiterbildungen teilzunehmen. Kürzere Weiterbildung werden bevorzugt.
- Für die niedergelassenen Ärzte besteht ein Überangebot an möglichen Weiterbildungen, halbtägige Weiterbildungsblocks bilden dabei die Regel.

Auf Stufe Antrag für KIM4U wurde veranschlagt, eine Anzahl von 40 bis 50 Fachpersonen in KI/MI weiterzubilden. Damit Aussicht bestand, diese Vorgabe zu erreichen, musste die Kursdauer in Absprache mit Fachpersonen in leitenden Funktionen zeitlich gekürzt werden. Die ärztliche Weiterbildung wurde als Halbtageskurs gestaltet und die Weiterbildung für Fachpersonen der Sozialen Arbeit als Tageskurs. Die Erfahrung zeigte, dass die Kurszeiten realistisch gewählt worden waren. Insgesamt konnten 51 Fachpersonen weitergebildet werden (vgl. 2.7).

Mit der Kursausschreibung wurden folgende *Kursziele* und *Voraussetzungen* kommuniziert, die für den medizinischen und psychosozialen Bereich identisch waren:

Ziele

Die Teilnehmenden

- kennen die Grundlagen jugendlichen Tabakkonsums (Verbreitung, Suchtpotenzial, Rauchentwöhnung, Rückfall)
- kennen Modelle zu Suchtentstehung und Verhaltensänderung
- kennen stufengerechte Interventionsmöglichkeiten bei Tabakentwöhnung
- verstehen den "Geist" der motivierenden Gesprächsführung
- sind bereit, bei Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 16 Jahren Kurzinterventionen durchzuführen

Voraussetzungen

- Interesse und Grundkenntnisse in Gesprächsführung
- Zugang zu Jugendlichen im Alter von 13 bis 16 Jahren und älter
- Interesse an der Einführung von Tabakentwöhnung im eigenen beruflichen Umfeld
- aktive Beteiligung und Freude an Pioniergeist

2.6.2 Kursprogramm für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit

Die Inhalte wurden den Fachpersonen der Sozialen Arbeit in einem Tageskurs (7 Stunden Kurszeit) vermittelt. Die vollständige Kursteilnahme wurde mit einer Kursbestätigung bescheinigt. Das Curriculum ist in Tab. 1 enthalten.

Tab. 1: Curriculum der Weiterbildung für Fachpersonen der Sozialen Arbeit in KI/MI

Dauer	Inhalte	Referenten
15 Min.	Begrüssung und Einleitung Grundlegende Informationen zur Weiterbildung und zum Projekt <i>KIM4U</i>	Dr. phil. M. Neuenschwander Forschungsleiter ISGF, Projektleiter KIM4U
180 Min.	Jugendlicher Tabakkonsums (Verbreitung, Suchtpotenzial, Rauchentwöhnung) Motivierende Gesprächsführung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlagen, Prinzipien, Fokus ▪ Motivierende Gesprächsführung im Setting der Kurzintervention ▪ Tabakentwöhnung und Kurzintervention ▪ Rollenspiele 	Prof. U. Gerber Dozent an der FH Nordwestschweiz, Suchtexperte und Psychotherapeut
90 Min.	Adoleszenz: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhalten, Motivation und Planungsfähigkeiten Jugendlicher – eine Entwicklungsperspektive ▪ Risikobewusstsein und Risikoverhalten Jugendlicher ▪ Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen 	Dr. med. A. Tschumper Schulärztin, Gesundheitsdienst der Stadt Bern
75 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interaktiver Teil (Fragen, Diskussion) im Hinblick auf die praktische Umsetzung von Kurzintervention / motivierender Gesprächsführung im Berufsumfeld der Teilnehmenden ▪ Klärung/Diskussion von inhaltlichen Fragen zu den Themen Tabakkonsum, Rauchentwöhnung, Adoleszenz, Zusammenhänge mit anderen Suchtformen etc. 	alle
45 Min.	Instruktionen für die Mitarbeit im Projekt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen zum Projekt ▪ Klärung/Diskussion projektbezogener Fragen 	Dr. phil. M. Neuenschwander

2.6.3 Kursprogramm für die medizinischen Fachpersonen

Die Kursinhalte wurden den medizinischen Fachpersonen in einem Halbtageskurs (4 Stunden Kurszeit) vermittelt. Die vollständige Kursteilnahme wurde ebenfalls mit einer Kursbestätigung bescheinigt, kombiniert mit der Vergabe von 3.5 Weiterbildungscredits der ärztlichen Fachgesellschaften für Innere Medizin (SGIM), für Allgemeine Medizin (SGAM) und Pädiatrie (SGP). Das medizinische Curriculum ist in Tab. 2 enthalten.

Tab. 2: Curriculum für die Weiterbildung von medizinischen Fachpersonen in KI/MI

Dauer	Inhalte	Referenten
10 Min.	Begrüssung und Einleitung Informationen zur Weiterbildung und zum Kontext des Projektes <i>KIM4U</i>	Dr. phil. M. Neuenschwander Forschungsleiter ISGF, Projektleiter KIM4U
40 Min.	Kurzintervention je nach Motivationsgrad <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prävalenz, Gesundheitsrisiken, Suchtpotenzial von jugendlichem Tabakkonsum ▪ Wirksamkeit der ärztlichen Intervention ▪ Identifizierung rauchender Jugendlicher, Bestimmen der Nikotinabhängigkeit ▪ Prozess der Raucherentwöhnung im Setting der Kurzintervention 	Dr. med. R. Stacchi, Facharzt für Innere Medizin und Experte in Raucherentwöhnung, Zürich, Multiplikator in der Kampagne "Rauchen schadet – Let it be"
50 Min.	Motivierende Gesprächsführung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlagen, Prinzipien, Fokus ▪ Motivierende Gesprächsführung im Setting der Kurzintervention ▪ praktische Beispiele 	Dr. med. U. Grüniger Geschäftsführer Kollegium Hausarztmedizin, Multiplikator in der Kampagne "Rauchen schadet – Let it be"
30 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pause, Networking 	
40 Min.	Adoleszenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhalten, Motivation und Planungsfähigkeiten Jugendlicher – eine Entwicklungsperspektive ▪ Risikobewusstsein und Risikoverhalten Jugendlicher ▪ Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen 	Dr. med. S. Stronski Huwiler Pädiatrie- und Jugendmedizin, Leiterin des SAD Stadt Zürich
50 Min.	Diskussion und praktische Umsetzung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskussion relevanter Fragen im Hinblick auf die praktische Umsetzung im Berufsumfeld der Teilnehmenden ▪ Klärung/Diskussion von inhaltlichen Fragen zu den Themen Tabakkonsum, Raucherentwöhnung, Adoleszenz sowie Zusammenhänge mit anderen Suchtformen 	alle
20 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruktionen für die Mitarbeit im Projekt ▪ Klärung/Diskussion projektbezogener Fragen 	Dr. phil. M. Neuenschwander

2.7 Weiterbildung der Fachpersonen

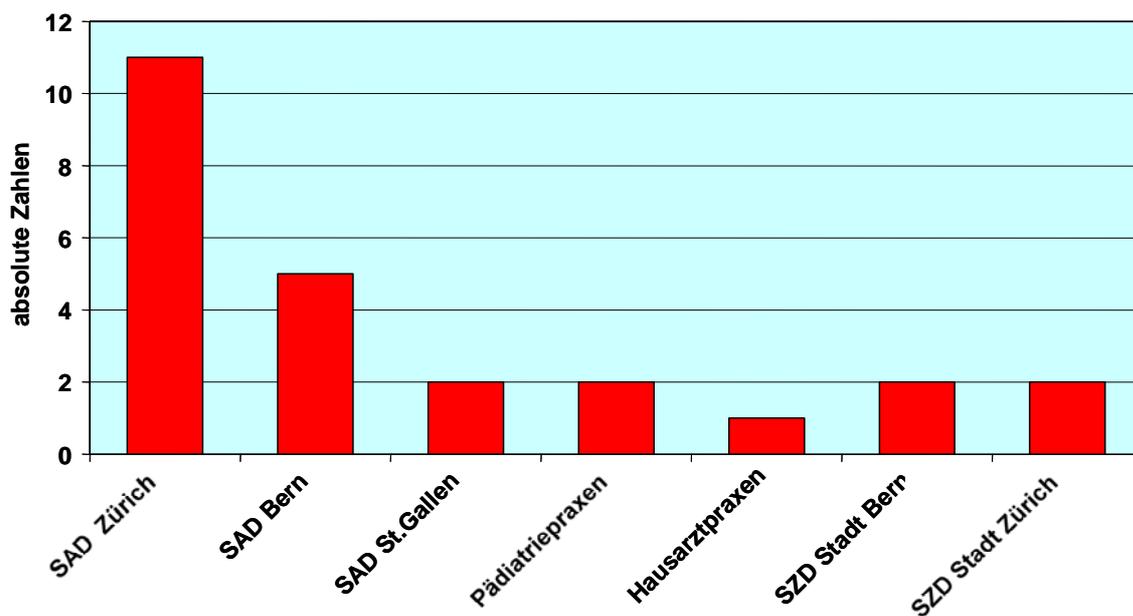
Auf Stufe Antrag gingen wir davon aus, dass bei den weitergebildeten Fachpersonen das Verhältnis zwischen dem medizinischen und dem psychosozialen Setting ungefähr 1:2 betragen würde. Faktisch konnten 25 Fachpersonen aus dem medizinischen Setting und 26 Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit für die Weiterbildung gewonnen werden, die realisierten Quoten waren somit praktisch ausgeglichen.

Für beide Settings standen zwischen Anfang Juli und Ende August 2006 je zwei Weiterbildungstermine zur Verfügung. Alle vier Kurse wurden mit einem kurzen Fragebogen evaluiert und die Auswertung unmittelbar an das Instruktionsteam zurückgespielen. Die Resultate der Kursevaluation sind in den beiden folgenden Abschnitten enthalten.

2.7.1 Weiterbildung von medizinischen Fachpersonen

Die 25 Fachpersonen aus dem medizinischen Setting stammten aus den Städten Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich. Mit insgesamt 15 Personen (vorwiegend aus dem Schulärztlichen Dienst) war die Stadt Zürich am stärksten vertreten. Aus Bern nahmen 7, aus St. Gallen 2 Schulärztinnen teil. Aus Luzern war eine Hausärztin vertreten. Was die Fachbereiche anbelangt, waren die Schulärztlichen Dienste mit insgesamt 18 ÄrztInnen (72%) am stärksten vertreten. Vier Fachpersonen stammten aus den Schulzahnärztlichen Diensten von Zürich und Bern, insgesamt 3 ÄrztInnen stammten aus niedergelassenen Praxen (Abb. 3). Bei den medizinischen Fachpersonen war das weibliche Geschlecht mit 88% stark übervertreten.

Abb. 3: Weitergebildete medizinische Fachpersonen nach Fachgebiet (N=25)



Kursevaluation medizinische Weiterbildung

Aus den beiden medizinischen Weiterbildungen konnten 17 Evaluationsbogen ausgewertet werden (Rücklaufquote 68%). Kursinhalt, Kompetenz der Dozenten, eingesetzte Unterlagen, Kursorganisation und Stoffmenge erzielten (sehr) gute Werte auf einer 5-stufigen Skala. Als eher mittelmässig wurden der Einbezug der Vorkenntnisse und die Interaktionsmöglichkeiten zwischen den Teilnehmenden und den Dozierenden eingestuft. Diesbezüglich besteht Verbesserungspotenzial. Die KursbesucherInnen würden die besuchte Weiterbildung zu einem hohen Grad anderen empfehlen (Durchschnittswert 4.25 Punkte).

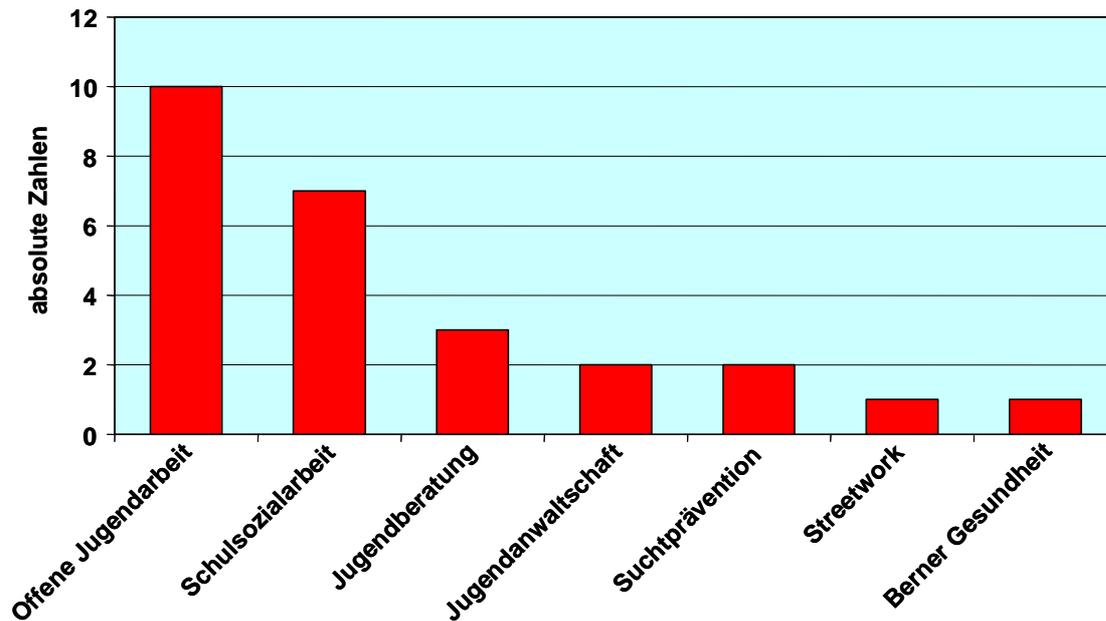
Die wichtigsten Anregungen aus den offenen Fragen betreffen folgende Punkte:

- Mehr Zeit für die Diskussion der Lerninhalte in KI/MI
- Mehr Zeit und verstärkte praktische Übung (Rollenspiele)
- Einbezug von Videosequenzen für das praktische Üben

2.7.2 Weiterbildung von Fachpersonen der Sozialen Arbeit

Aus dem Bereich der Sozialen Arbeit wurden insgesamt 26 Fachpersonen in KI/MI weitergebildet. Diese Fachpersonen stammten aus folgenden 7 deutschschweizer Kantonen: AG, BE, BL, BS, SH, SG, ZH. Ein Drittel der teilnehmenden Fachpersonen kamen aus ländlichen Gebieten. Die Geschlechterdurchmischung war im Vergleich zu den medizinischen Fachpersonen mit einem Frauenanteil von 46% deutlich ausgeglichener. Was die beteiligten Fachbereiche anbelangt, waren die Schulsozialarbeit und die offene Jugendarbeit mit 17 Personen (65%) weitaus am stärksten vertreten. Die Jugendberatung war mit 3 Personen (12%), die Jugendanwaltschaft mit 2 Personen (8%) vertreten. Ebenfalls 2 Personen stammten von Suchtpräventionsstellen und je 1 Person (4%) von Streetwork Zürich und von der Berner Gesundheit. Bei der Vertretung von der Berner Gesundheit handelte es sich um einen Regionalleiter, der sich im Rahmen der Weiterbildung auf konzeptioneller Ebene näher mit dem Ansatz von KIM4U auseinandersetzen wollte für eine allfällige breitere Umsetzung in der Berner Gesundheit.

Abb. 4: Weitergebildete Fachpersonen der Sozialen Arbeit nach Fachgebiet (N=26)



Kursevaluation Soziale Arbeit

Aus den beiden Weiterbildungen für Fachpersonen der Sozialen Arbeit standen 23 Evaluationsbogen zur Verfügung (Rücklaufquote 88%). Kursinhalt, Kompetenz der Dozenten, eingesetzte Unterlagen, Kursorganisation und Stoffmenge wurden auch für diese beiden Kurse mit (sehr) guten Noten bewertet. Mit etwas geringeren Werten von 3.7 wurden – analog wie bei den medizinischen Weiterbildungen – die Berücksichtigung der Voraussetzungen und die aktive Teilnahme am Kurs bewertet.

Die Fachpersonen würden die besuchte Weiterbildung ebenfalls zu einem hohen Grad anderen empfehlen (Durchschnittswert 4.25 Punkte).

Die wichtigsten Anregungen aus den offenen Fragen betreffen folgende Punkte:

- Mehr Zeit für das praktische Einüben der Motivierende Gesprächsführung
- Noch stärkeren Praxisbezug schaffen

3 Resultate

3.1 Struktur und soziodemographische Merkmale der Stichprobe

3.1.1 Umfang, Alter und Geschlecht der Stichprobe

Zwischen Oktober 2006 und Mai 2007 gelangten insgesamt 130 T1-Fragebogen (Erstbefragung) und 74 T2-Fragebogen (Zweitbefragung) ans ISGF. Bei der Planung des Projektes gingen wir davon aus, dass insgesamt 40 Fachpersonen in KI/MI weitergebildet würden und dass die Fachpersonen bei durchschnittlich 8 Jugendlichen Kurzinterventionen durchführen könnten, woraus sich eine angenommene Stichprobengrösse von 320 ergeben hätte. Für die Zweitbefragungen gingen wir von einer Rücklaufquote von 60% und damit von einer Stichprobengrösse von 200 Jugendlichen aus.

Im Folgenden werden drei Punkte aufgelistet, die im Zusammenhang mit der *faktisch erreichten Stichprobengrösse* stehen:

- Es konnten zwar 51 statt 40 Fachpersonen weitergebildet werden, von den 51 Weitergebildeten führten faktisch allerdings lediglich 22 Kurzinterventionen mit Jugendlichen durch. Im Durchschnitt führten die während der Feldphase aktiven Fachpersonen bei 6 Jugendlichen KI/MI durch (weitere Details s.u.).
- Vom Schulärztlichen Dienst der Stadt Bern wurden 5 Schulärztinnen weitergebildet. Die Oberstufenscreenings werden in Bern normalerweise während der Monate April und Mai durchgeführt. Da das Zeitfenster für die Feldphase von KIM4U aus terminlichen Gründen bis maximal Ende März 2007 offengehalten werden konnte, konnte das Rekrutierungspotenzial beim SAD Stadt Bern leider nicht ausgeschöpft werden.
- Bei der Massnahme KIM4U bestanden grundsätzlich keine ethischen Bedenken. Deshalb wurden vor Beginn der Feldphase in Absprache mit den Fachpersonen keine Ethik-Gutachten eingeholt. Im Hinblick auf die konkrete Durchführung der Massnahme wünschten die vorgesetzten Stellen des SAD Stadt Zürich allerdings, dass aus politisch-organisatorischen Gründen ein Gutachten eingeholt werde. Das positive Gutachten der kantonalen Ethikkommission Zürich traf mit einiger Verzögerung am 14. Februar 2007 ein. Dies führte ebenfalls beim SAD Stadt Zürich zu einer Zeitverzögerung bei der konkreten Umsetzung und in der Folge zu einer reduzierten Rekrutierungsquote. Der Vorteil besteht darin, dass für die Massnahme KIM4U nun ein positives ethisches Gutachten vorliegt, das künftig als Referenz zur Verfügung stehen wird.

Die *Zielgruppe* für KIM4U war auf die 13- bis 16-Jährigen Oberstufenschüler beschränkt. Um die Möglichkeit zu schaffen, mit dem Konzept von KI/MI erste Erfahrungen zu sammeln, führten drei Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit in Absprache mit der Projektleitung bei drei über 17-jährigen Jugendlichen Interventionen durch.

Diese drei Fälle wurden für die Analyse ausgeschlossen. Ein weiterer Datensatz musste wegen zu vielen fehlenden Angaben von der Analyse ausgeschlossen werden. Damit stützen sich die anschliessend präsentierten Resultate auf eine *Stichprobengrösse* von 126 Datensätze aus T1 und 70 aus T2. Die Rücklaufquote für T2 beträgt 55.5% und liegt dabei in einem akzeptablen Rahmen.

Die *Jungen* waren bei der Erstbefragung mit 61% und bei der Zweitbefragung mit 63% gegenüber den *Mädchen* deutlich übervertreten (Tab. 3). Das Durchschnittsalter der Jungen lag bei T1 mit 15.4 Jahren im Vergleich zu den Mädchen (14.9 Jahre) etwas höher, wobei die Differenz nicht signifikant ausfällt. Sowohl das Geschlechterverhältnis als auch das Alter blieb bei der Zweitbefragung gegenüber der Erstbefragung stabil.

Was die *Altersstruktur* anbelangt, ist die Stichprobe mit einem Durchschnittsalter und einer verhältnismässig kleinen Streuung von 0.83 Jahren insgesamt relativ homogen. Im Hinblick auf möglichst standardisierte Interventionen stellte dies für die Fachpersonen ein Vorteil dar.

Tab. 3: Alter und Geschlecht der Stichprobe bei T1 und T2 nach Geschlecht (N=126)

	N	Anteil in %	Mittelwert Jahre	Min.	Max.	SD
<i>Erstbefragung T1</i>						
Jungen	77	61.1	15.4	12.7	16.9	0.78
Mädchen	49	38.9	14.9	12.4	16.9	0.83
Gesamt	126	100	15.2	12.4	16.9	0.83
<i>Zweitbefragung T2</i>						
Jungen	44	62.9	15.4	12.7	16.9	0.78
Mädchen	26	37.1	15.0	13.4	16.9	0.82
Gesamt	70	100	15.3	12.7	16.9	0.82

Methodische Bemerkung

Grundsätzlich stützen sich die anschliessend mittels Tabellen und Graphiken präsentierten Resultate auf die Stichprobengrösse von N=126 für die Erst- und N=70 für die Zweitbefragung. Da bei schriftlichen Befragung fehlende Angaben unvermeidbar sind, weisen auch diese beiden Datensätze Missing Data auf. Je nach Fragebogenitem weicht deshalb die Fallzahl mehr oder weniger stark von der formalen Stichprobengrösse ab. Der Transparenz halber ist im Titel der präsentierten Tabellen und Graphiken die Fallzahl vermerkt, auf die sich die jeweiligen Analysen beziehen.

3.1.2 Nationalität, regionale Herkunft, Sprache, Schule und soziales Netz

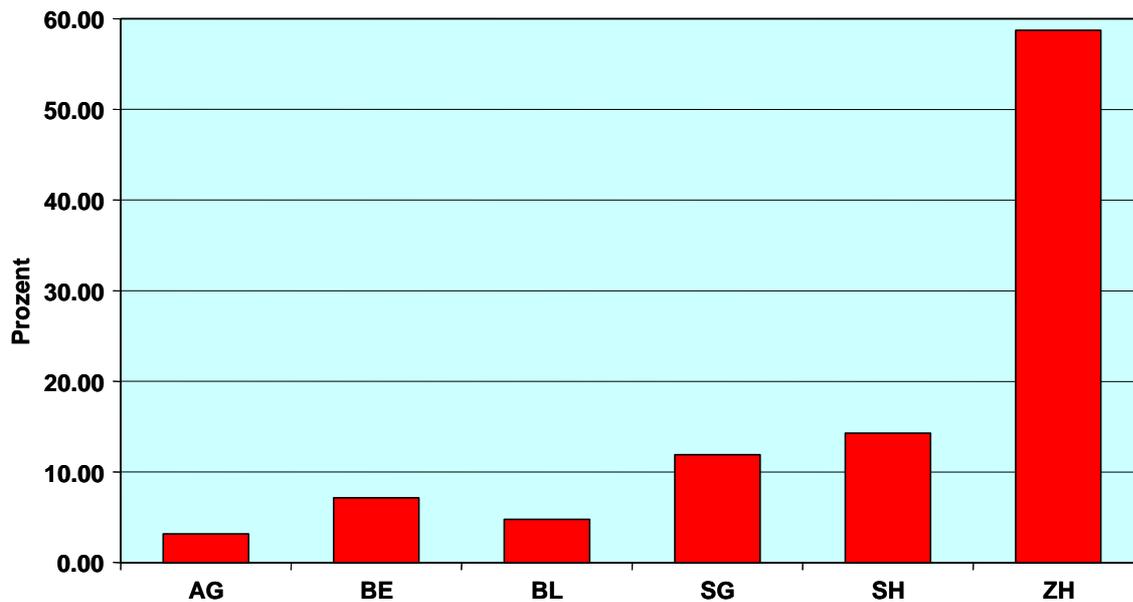
Insgesamt verfügen 72% der Jugendlichen über einen Schweizerpass (davon sind 21% DoppelbürgerInnen) und ebenfalls knapp drei Viertel deklarieren schweizerdeutsch als ihre Muttersprache (Tab. 4). Der Anteil an Jugendlichen mit Muttersprache aus Ex-Jugoslawien und der Türkei beträgt 15%.

Die ins Projekt aufgenommenen Jugendlichen stammen aus 6 deutschschweizer Kantonen, wobei der Kanton Zürich mit knapp 60% Anteil stark übervertreten ist (Abb. 5). Dies steht in Zusammenhang zum einen mit der unsystematischen Rekrutierung, was die regionale Herkunft der Jugendlichen betrifft, und zum anderen mit den kantonal unterschiedlichen Zeitfenstern für die Reihenuntersuchungen an den Oberstufen durch die Schulärztlichen Diensten (vgl. 3.1.1).

Tab. 4: Nationalität und Sprache (N=126)

	N	%
<i>Nationalität</i>		
Schweiz	65	51.6
Ausland	35	27.8
Doppelbürgerschaft	26	20.6
Gesamt	126	100
<i>Sprache</i>		
Schweizerdeutsch	90	71.4
Französisch/Italienisch	3	4.8
Türkisch	3	2.4
Serbisch/Kroatisch	6	4.8
Albanisch	10	7.9
andere Sprachen	11	8.7
Gesamt	126	100

Abb. 5 Kantonale Zugehörigkeit der Jugendlichen (N=126)



Die grosse Mehrheit von 82% der teilnehmenden Jugendlichen stammte aus der 8. oder 9. Klasse, der Rest verteilte sich auf die 7. bzw. 10 Klasse. Etwas mehr als die Hälfte (51%) der Jugendlichen deklarierten ihre schulischen Leistung als gut bzw. sehr gut, lediglich bei 11% war das Leistungsniveau angeblich ungenügend (Abb. 6).

Abb. 6: Leistungsniveau in der Schule (N=126)

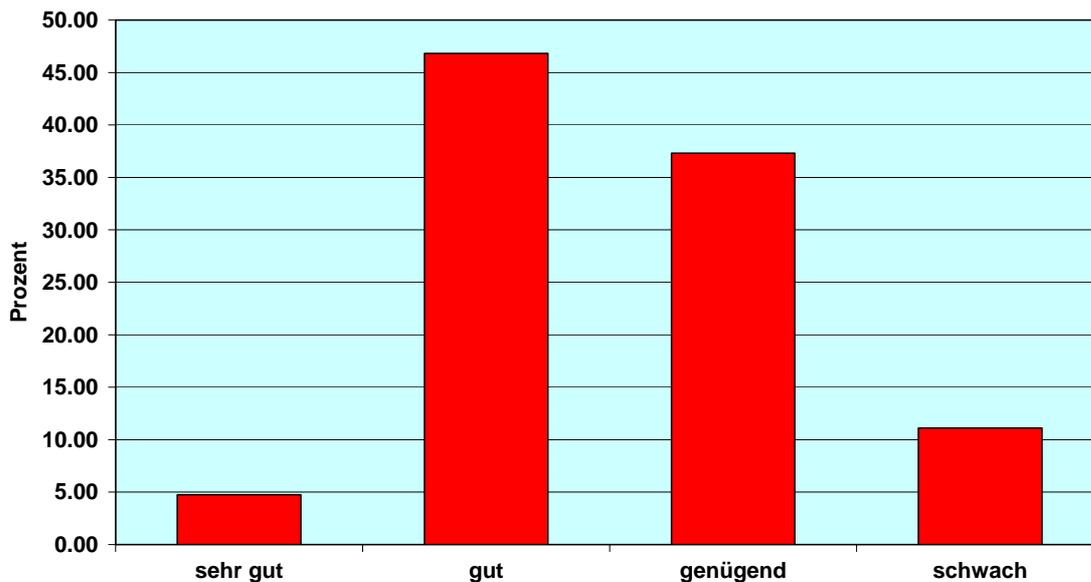
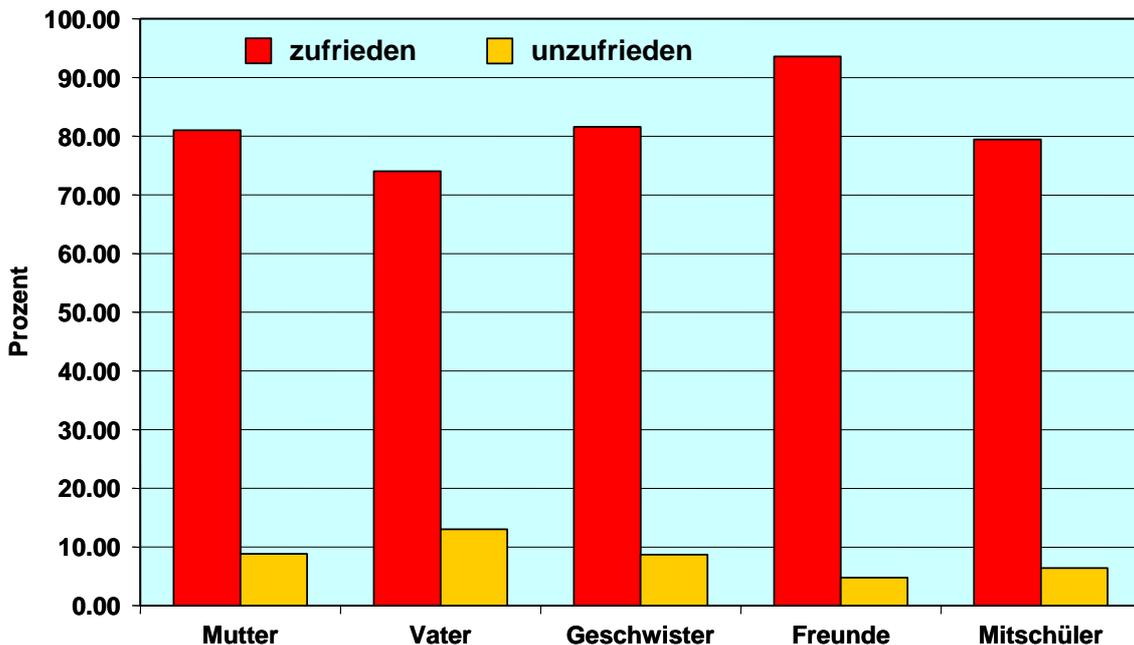


Abb. 7: Qualität der Beziehung zu Eltern, Geschwister und Kollegen/Freunden (Kategorien "(sehr) zufrieden" und "(sehr) unzufrieden")



Die Beziehung zur Kernfamilie (Vater, Mutter, Geschwister) und zu der Peergruppe (Freunde und Mitschüler) wurde zu einem hohen Grad positiv beurteilt (Kategorien "zufrieden" oder "sehr zufrieden", Abb. 7). Die Anteile negativer Bewertungen ("unzufrieden" bzw. "sehr unzufrieden") lagen zwischen 5 und 13%.

Über die Hälfte der Jugendlichen (56%) gab an, bereits einen festen Freund oder eine feste Freundin zu haben.

Insgesamt darf die Stichprobe der Jugendlichen als sprachlich, schulisch und sozial gut integriert bezeichnet werden.

3.1.3 Vergleich T1-T2-Stichprobe mit Drop-outs

Um zu testen, ob sich die 56 Jugendlichen, die lediglich an der Erstbefragung teilnahmen (Drop-outs), von den 70 Jugendlichen mit Erst- und Zweitbefragung unterscheiden, wurden folgende Prüfkriterien beigezogen (Tab. 5):

- Alter und Geschlecht
- Nationalität
- Rauchverhalten bei Erstbefragung (30-Tage-Prävalenz)
- Rauchstoppmotivation
- Aufhörversuche
- Zugehörigkeit zum fachspezifischen Setting

Tab. 5: Vergleich der Drop-outs (N=56) mit der Stichprobe mit Erst- und Zweitmessung (T1 + T2, N=70)

	T1 und T2 (N=70)	Drop-outs (ohne T2, N=56)	Total (N=126)	Signifikanz
<i>Geschlecht</i>				
Jungen	62.9%	58.9%	61.1%	n.s.
Mädchen	37.1%	41.1%	38.9%	
<i>Nationalität</i>				
SchweizerIn	48.6%	55.4%	51.6%	n.s.
AusländerIn	31.4%	23.2%	27.8%	
DoppelbürgerIn	20.0%	21.4%	20.6%	
<i>Durchschnittliches Alter bei 1. Kurzintervention</i>				
Jahre	15.3	15.1	15.2	n.s.
<i>Rauchverhalten bei T1: 30-Tage-Prävalenz</i>				
überhaupt nicht	0.0%	1.8%	0.8%	n.s.
weniger als 1 Zig/Tag	11.4%	5.4%	8.8%	
1 – 5 Zig/Tag	21.4%	28.6%	24.6%	
6 – 10 Zig/Tag	27.1%	26.8%	27.0%	
11 – 20 Zig/Tag	27.1%	17.9%	23.0%	
mehr als 20 Zig/Tag	12.9%	19.6%	15.9%	
<i>Rauchstoppmotivation</i>				
Rauchstopp	37.3%	18.0%	29.1%	
Reduktion	62.7%	82.0%	70.9%	p=0.025
Thermo-Rating (1 – 10)	5.9	4.1	5.1	p=0.000
<i>Aufhörversuche</i>				
kein Versuch	18.6%	29.1%	23.2%	n.s.
mind. 1 Versuch	81.4%	70.9%	76.8%	
<i>Fachspezifische Settings</i>				
medizinisch	28.6%	37.5%	32.5%	n.s.
psychosozial	71.4%	62.5%	67.5%	

Anmerkung: Signifikante Gruppenunterschiede sind unter Angabe der Irrtumswahrscheinlichkeit p gekennzeichnet. Nicht signifikante Unterschiede sind beim jeweiligen Merkmal vermerkt (n.s.).

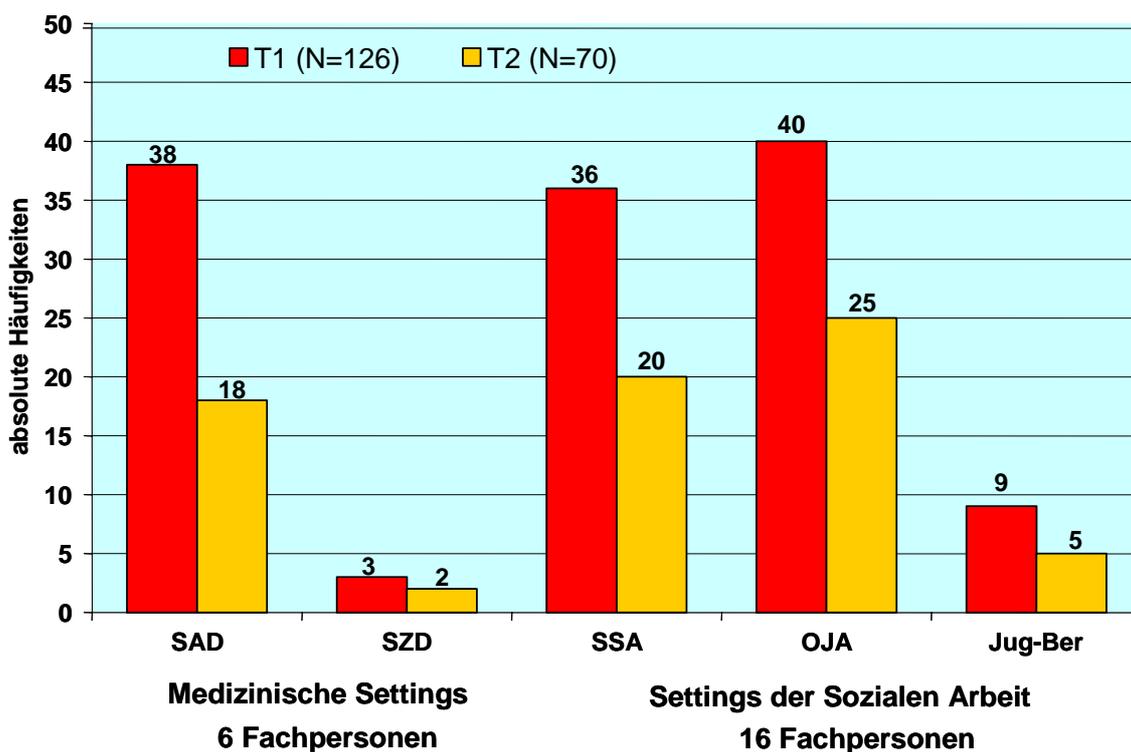
Die Drop-outs unterscheiden sich von der restlichen Stichprobe ausser bei der Rauchstoppmotivation nicht signifikant von der T1+T2-Stichprobe. Auf dem Thermo-rating, mit dem auf einer 10er Skala die Bereitschaft für einen Rauchstopp gemessen wurde, erzielten die Drop-outs mit 4.1 Punkten einen hoch signifikant tieferen Wert als die Jugendlichen, die an beiden Befragungen teilnahmen. Zu diesem Befund passt, dass in der Drop-out-Gruppe lediglich 18% einen Rauchstopp beabsichtigten und sich 82% mit einer Reduktion begnügten. In der Gruppe mit einer T1- und T2-Befragung war der Anteil an Jugendlichen, die einen Rauchstopp beabsichtigten, mit 37% doppelt so gross. Ausserdem war in der Drop-out-Gruppe der Anteil an Jugendlichen ohne Rauchstoppversuch mit 29% deutlich höher als in der Gruppe mit beiden Befragungen.

Diese Befunden zeigen, dass Jugendliche, bei denen die Motivation bereits bei Beginn der Intervention höher war, einen Rauchstopp zu versuchen und die zusätzlich zu einem hohen Grad auch bereits über Erfahrungen mit Rauchstoppversuchen verfügten, die Bereitschaft grösser war, längerfristig an KIM4U teilzunehmen.

3.2 Strukturelle Angaben zu den durchgeführten Kurzinterventionen

Die 126 Jugendlichen wurden von 22 Fachpersonen betreut, davon stammten 6 aus dem medizinischen Bereich und 16 aus dem Bereich der Sozialen Arbeit. Durchschnittlich konnten die medizinischen Fachpersonen somit 6.8 und die Fachpersonen 5.4 Jugendliche für KIM4U rekrutieren. Die vertretenen Fachbereiche sind in Abb. 8 dargestellt. Bei den medizinischen Settings dominierten die Schulärztlichen Dienste SAD, bei den Settings der Sozialen die Schulsozialarbeit SSA und die Offene Jugendarbeit OJA mit Anteilen an der Gesamtstichprobe von je rund 30%. Insgesamt wurden bei der Erstbefragung T1 genau ein Drittel (33%) in den medizinischen Settings und entsprechend zwei Drittel in den Settings der Sozialen Arbeit rekrutiert. Die Haltequote lag mit 59% bei den Fachpersonen der Sozialen Arbeit um 10% höher als im medizinischen Setting. Insgesamt blieb die Verteilung auf die verschiedenen Fachbereiche aber relativ stabil: bei der Zweitbefragung stammten 29% der Fragebogen aus den medizinischen und 71% aus den psychosozialen Settings.

Abb. 8: Anzahl involvierte Jugendliche nach Setting und Erhebungszeitpunkt

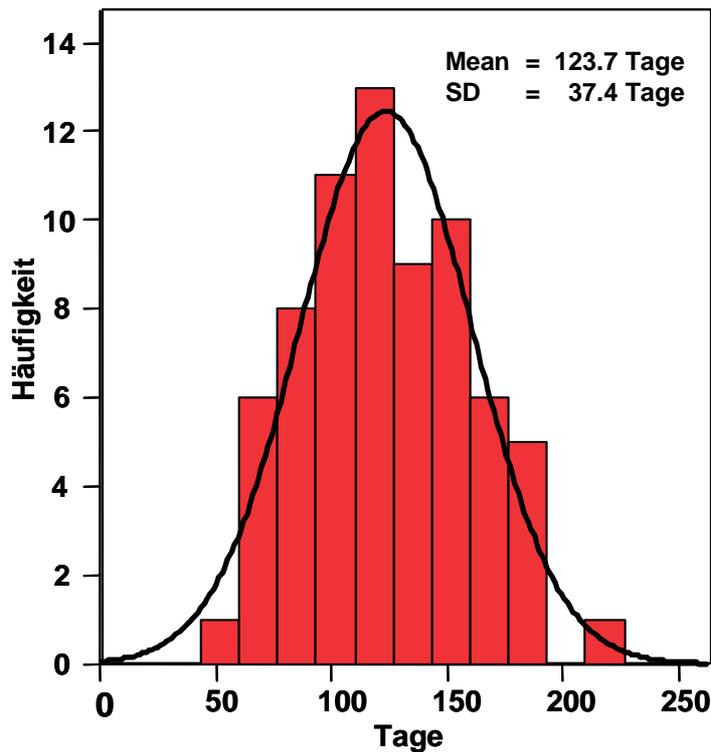


Die Jugendlichen wurden durch die Fachpersonen gemäss Projektdesign angewiesen, den zweiten Fragebogen 3 Monate nach Erstbefragung auszufüllen. Diese Vorgabe wurde nicht strikte eingehalten: im Durchschnitt lag zwischen Erst- und Zweitbefragung ein Zeitintervall von 4 Monaten (Tab. 6), dabei bestanden keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den verschiedenen Settings. Die Verteilung ist annähernd normal (Abb. 9), der Medianwert ist mit 124 Tagen identisch mit dem arithmetischen Mittelwert. Zwei Drittel der Stichprobe weist somit eine Beobachtungszeit zwischen rund drei und fünf Monaten auf. Tiefe und hohe Extremwerte sind selten.

Tab. 6: Zeitdifferenz in Tagen zwischen Erst- und Zweitbefragung nach Setting (N=70)

	N	Mittelwert	Min.	Max.	SD
Medizinische Settings	20	121.5	62	191	43.68
Settings der Sozialen Arbeit	50	124.7	56	225	35.00
Gesamt	70	123.7	56	225	37.38

Abb. 9: Verteilung der Zeitdifferenz zwischen Erst- und Zweitbefragung (N=70)



Tab. 7: Anzahl durchgeführte Gespräche nach Setting (Angaben in Prozent)

	N	kein Zusatzgespräch	Ein Zusatzgespräch	Zwei und mehr Zusatzgespräche
Medizinische Settings	20	65.0	20.0	15.0
Settings der Soz. Arbeit	50	38.0	36.0	26.0
Gesamt	70	45.7	31.4	22.9

Aus Tab. 7 ist ersichtlich, dass die Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit den Jugendlichen im Anschluss an das Erstgespräch häufiger Zusatzgespräche führten als dies für die medizinischen Fachpersonen der Fall war. Während in den medizinischen Settings in 35% der Fälle ein oder mehrere Folgegespräche stattfanden, traf dies bei den Fachpersonen der Sozialen Arbeit bei 62% zu. Dies hat damit zu tun, dass die Interaktionen zwischen den Fachpersonen und den Jugendlichen im Bereich der Sozialen Arbeit auf niederschwelligerem Niveau erfolgen als in den medizinischen Settings.

Bei den Schulärztlichen und Schulzahnärztlichen Diensten finden Kontakte zwischen den medizinischen Fachpersonen und den Jugendlichen in der Regel nur im Rahmen

vereinbarer Konsultationen statt, wovon die Eltern und auch die Lehrer Kenntnis erhalten, was den Kontakten einen "offiziellen" Status verleiht. Dies ist im psychosozialen Bereich weit weniger der Fall, finden doch die meisten Kontakte mit Fachpersonen der Schulsozialarbeit und erst recht in der offenen Jugendarbeit in einem informellen Rahmen und ohne Informationspflicht der Eltern statt.

In Tab. 8 sind Angaben enthalten, wen die Jugendlichen zusätzlich zu den Fachpersonen bevorzugt über den geplanten Rauchstoppversuch informierten und wie wichtig die Unterstützung durch die jeweiligen Personen eingeschätzt wurde. Dabei fällt auf, dass die Jugendlichen zu einem hohen Grad mit über 80% die Peergruppe informierten und gleichzeitig deren Unterstützung auch als wichtig erlebten. Rund ein Drittel gab an, auch die Eltern und Geschwister über den Rauchstoppversuch informiert zu haben, wobei deren Unterstützung als verhältnismässig wenig wichtig erfahren wurde. Lehrpersonen und weitere Bezugspersonen schienen insgesamt beim Rauchstoppversuch kaum eine Rolle zu spielen.

Tab. 8: Information der Bezugspersonen über den Rauchstoppversuch und Wichtigkeit der erhaltenen Unterstützung (Mehrfachnennung, N=45)

Person / Personengruppe	Information ist erfolgt %	Wichtigkeit der Unterstützung	
		(sehr) wichtig %	(überhaupt) nicht wichtig %
Eltern	31.1	21.4	71.1
Geschwister	37.8	21.4	66.7
FreundInnen und KollegInnen inkl. fester Freund, feste Freundin	82.2	60.4	32.6
Andere Bezugspersonen	20.0	9.6	81.0
Lehrperson	22.2	11.9	85.7

3.3 Tabakabhängigkeit, Tabakkonsum und Rauchstopp-Motivation bei T1

3.3.1 Tabakabhängigkeit und Einstiegsalter

Die *Hooked on Nicotine Checklist* nach DiFranza et al. (2002) umfasst 10 Items, die dichotom codiert sind (zutreffend vs. nicht zutreffend). Die Checkliste basiert auf einem Modell der physischen und psychischen Abhängigkeit. Dabei wird die Abhängigkeit bzw. der Verlust von Autonomie im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum nicht auf der Grundlage der Anzahl oder der Regelmässigkeit konsumierter Zigaretten bestimmt. Dies ist ein grosse Vorteil für den Einsatz bei Jugendlichen, weil viele Jugendliche während des Einstiegs weder täglich noch regelmässig rauchen und trotzdem häufig bereits (partiell) abhängig sind, ohne es zu wissen. Eine aktuelle kanadische Studie belegt in diesem Zusammenhang, dass sich Tabakabhängigkeit bereits nach wenigen gerauchten Zigaretten einstellen kann (Klein, 2006).

Jedes Item der HONC misst ein Symptom der Abhängigkeit. Beispiele dafür sind: *"Hast du jemals versucht aufzuhören, aber konntest es nicht schaffen?"* oder *"Fällt es dir schwer, an Orten oder in bestimmten Situationen, wo man eigentlich nicht rauchen darf, auf das Rauchen zu verzichten?"*. Völlige Unabhängigkeit besteht nur dann wenn, kein Item positiv geratet wird, jedes als zutreffend angekreuzte Item signalisiert Tabakabhängigkeit mit zunehmender Stärke (DiFranza et al., 2002). Die HONC misst somit ein Kontinuum von Abhängigkeit auf einer 10-Punkteskala, wobei in der Regel folgende Cut-off-Punkte angewandt werden:

- 0 Punkte: keine Abhängigkeit
- 1 bis 2 Punkte: beginnende Abhängigkeit
- ab 3 Punkten: Abhängigkeit mit zunehmender Stärke

Bei KIM4U wiesen die Jugendlichen einen durchschnittlichen HONC-Wert von 6 Punkten auf, was auf eine relativ starke Tabakabhängigkeit schliessen lässt (Tab. 9). Die Geschlechtsunterschiede sind nicht signifikant. Beeindruckend ist der Befund, dass bereits das gesamte Skalenspektrum von 1 bis 10 Punkten beansprucht wurde und dass 34% der Jugendlichen eine Summe von 8 und mehr Punkte aufweisen.

Tab. 9: HONC-Werte bei T1 separat nach Geschlecht

	N	Mittelwert	Min.	Max.	SD
Jungen	77	5.91	1	10	2.68
Mädchen	49	6.23	1	10	2.68
Gesamt	126	6.04	1	10	2.67

Tab. 10: Einstiegsalter und Alter bei täglichem Rauchen separat nach Geschlecht

	N	Mittelwert	SD
<i>Einstiegsalter</i>			
Jungen	77	12.0	1.18
Mädchen	48	12.2	1.08
Gesamt	125	12.1	1.14
<i>Alter bei täglichem Rauchen</i>			
Jungen	72	13.6	1.23
Mädchen	44	13.4	1.08
Gesamt	116	13.5	1.18

In Tab. 10 sind das durchschnittliche Einstiegsalter und das Durchschnittsalter beim täglichen Tabakkonsum getrennt nach Geschlecht dargestellt. Für beide Geschlechter zusammen erfolgte der Einstieg mit 12.1 Jahren, der tägliche Konsum bereits mit 13.5 Jahren. Bedeutsame Geschlechtsunterschiede sind ebenfalls bei diesem Merkmal nicht vorhanden. Die gefundenen Werte stehen im Einklang mit der HBSC-Befragung 2006 (Schmid et al., 2007) und mit einer ebenfalls kürzlich durchgeführten Gesundheitsbefragung mit SchülerInnen im Kanton Basel-Stadt (Guggisberg et al., 2007). Der frühe Konsumbeginn und das Etablieren des täglichen Tabakkonsums bereits in der 8 Klasse ist ein klares Indiz, erste präventive Massnahmen ebenfalls in diesem Alter anzusetzen.

3.3.2 Aktuelles Rauchverhalten und wahrgenommene Norm

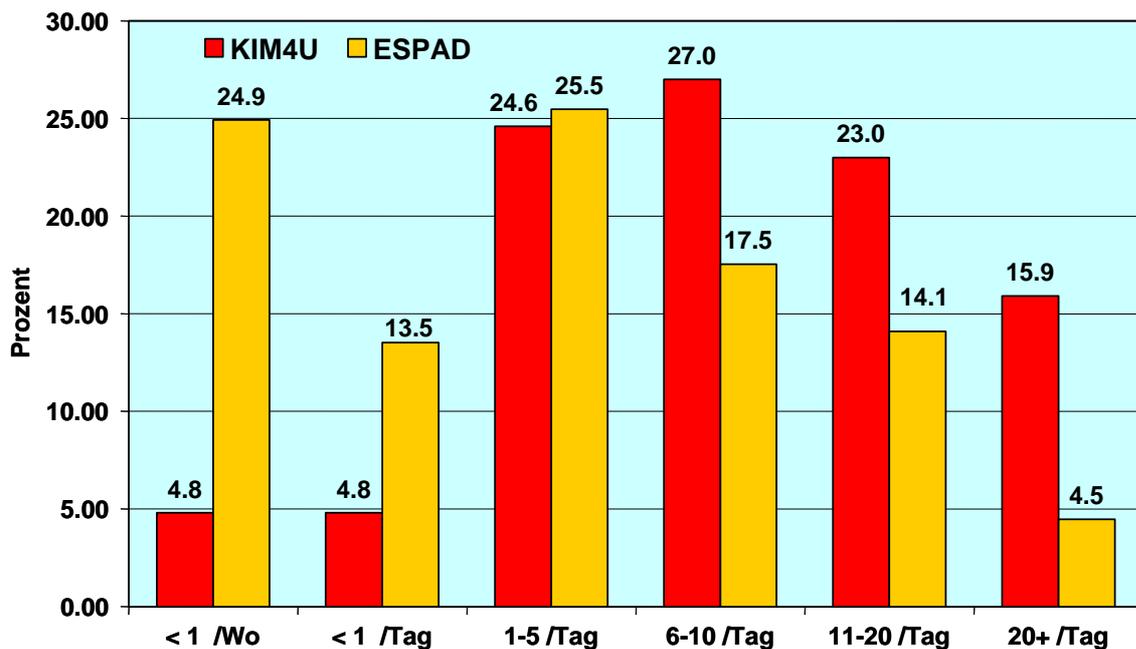
Die Jugendlichen aus der Stichprobe KIM4U rauchen stark, dies zeigt ein Vergleich der 30-Tages-Prävalenzen mit den ESPAD-Daten von 2003 (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, (Gmel et al., 2004)). Wie aus Abb. 10 ersichtlich ist, sind die Quoten lediglich für den täglichen Konsum von 1 bis 5 Zigaretten ähnlich. Die Unterschiede bei den übrigen Kategorien sind hoch signifikant ($\chi^2=62.4$, $p=0.000$). Auffallend ist der hohe Anteil des täglich Rauchens mit Konsummengen von mehr als 6 Zigaretten und der entsprechend geringe Anteil von Jugendlichen mit einem Probierkonsum. Bei KIM4U rauchten bereits 90% täglich, darunter 16% mit einem Tageskonsum von 20 und mehr Zigaretten.

Für die Jugendlichen wird beim täglichen Rauchen eine wichtige Schwelle überschritten. Die überwiegende Mehrheit der täglich konsumierenden Jugendlichen rauchen bis ins Erwachsenenalter weiter. Dabei ist das Risiko, Raucher mit täglichem Konsum zu bleiben, um ein Vielfaches höher als bei Jugendlichen, die gelegentlich oder gar nicht rauchen (Schmid et al., 1999; Schmid, 2001). Umgekehrt schafft es von den

Jugendlichen mit einem frühen täglichen Tabakkonsum nur ein geringer Teil, den Konsum zu reduzieren oder wieder zu stoppen.

Die Unterschiede zu den ESPAD-Daten dürften damit zusammenhängen, dass es sich bei der KIM4U-Stichprobe um eine Selektion von Jugendlichen mit einem erhöhten Tabakkonsum handelt, die zum einen von Fachpersonen aufgrund von

Abb. 10: 30-Tage-Prävalenz – Vergleich zwischen KIM4U und ESPAD 2003



Indizien gezielt auf das Rauchverhalten angesprochen und für eine Intervention vorgesehen wurden und die andererseits Bereitschaft zeigten, sich mit dem eigenen Rauchverhalten auseinanderzusetzen. Bei ESPAD handelt es sich hingegen um eine repräsentative Stichprobe, die zum Zweck einer anonymen wissenschaftlichen Erhebung von Konsumdaten zusammengestellt wurde. Problemfokussierte persönliche Interaktionen waren dabei keine impliziert.

Auf die Frage, wie viele der 10 besten FreundInnen Zigaretten rauchen resultiert ein Durchschnittswert von 7.6 (Tab. 11), was heisst, dass ein hoher Anteil der Peergruppe der Jugendlichen offenbar ebenfalls raucht. Auf eine ähnliche, verallgemeinerte Frage, nämlich wie viele von 10 Jugendlichen – allgemein betrachtet – Zigaretten rauchen, folgten Antworten in der gleichen Grössenordnung mit einem Durchschnittswert von knapp 7 Personen (mit einer Standardabweichung von 2.5). Das heisst, dass die Jugendlichen die *soziale Norm* extrem verzerrt wahrnehmen: Die richtige Antwort würde gemäss den aktuellen Prävalenzraten für gelegentlichen bzw.

regelmässigen Tabakkonsum unter 2 liegen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass bei der Präventionsarbeit mit Jugendlichen auch die Wissensvermittlung einen hohen Stellenwert einnehmen muss.

Die *Verfügbarkeit von Zigaretten* ist in hohem Mass gegeben, so deklarierten 90% der Jugendlichen, dass es für sie einfach ist, an Zigaretten zu gelangen.

Tab. 11: Rauchverhalten der Peergruppe, wahrgenommene Norm

	N	Mittelwert	Min.	Max.	SD
Frage1: "Wie viele deiner 10 besten FreundInnen rauchen Zigaretten?"	123	7.6	0	10	2.49
Frage 2: "Allgemein betrachtet: wie viele von 10 Jugendlichen in deinem Alter rauchen Zigaretten"?	122	6.9	1	10	2.20

Die Jugendlichen wurden nach wichtigen Gründen für das Rauchen gefragt, wobei 13 Antworten im Sinne einer Mehrfachnennung zum Ankreuzen zur Verfügung standen (Tab. 12). Die wichtigsten genannten Gründe mit Anteilen zwischen 42 und 67% stehen in einem klaren Zusammenhang mit der Tabakabhängigkeit und mit der bereits etablierten Bewältigungsstrategie, bei Stresserleben und Alltagsproblemen zur Entspannung zu rauchen (Gründe 1 bis 4). Rauchende Kolleginnen aus der Peergruppe wurden von 16% der Jugendlichen als Grund genannt; dieses Motiv ist vergleichsweise zweitrangig. Mangelhafte Resistenz gegenüber Angeboten (Grund 6) ist ein Hinweis darauf, dass die bei präventiven Massnahmen bei Jugendlichen die Stärkung der personalen Ressourcen nebst der Stärkung und Aufrechterhaltung der Motivation für eine Verhaltensänderung ein wichtiger Faktor darstellt.

Tab. 12: Die wichtigsten Gründe für das Rauchen (Mehrfachnennungen, N=126)

Grund	%
1) Zur Beruhigung und Entspannung	66.6%
2) Wegen Stress, Problemen, Frust	61.1%
3) Aus Abhängigkeit, weil ich nicht aufhören kann	42.0%
4) Aus Lust/Genuss; weil ich den Geschmack mag	41.9%
5) Aus Langeweile	25.0%
6) Weil ich nicht "nein" sagen kann, wenn mir jemand eine Zigarette anbietet	16.8%
7) FreundInnen / KollegInnen rauchen	16.3%

Anmerkung: In der Tabelle sind die 7 wichtigsten von insgesamt 13 abgefragten Gründen aufgelistet, die von mind. 10% der Jugendlichen angekreuzt wurden. Die Prozentangaben widerspiegeln die Antwortkategorien "trifft mehrheitlich zu" und "trifft voll zu". Sortierung nach Höhe der relativen Häufigkeiten.

Die Jugendlichen rauchen mit Abstand am häufigsten im Freien, sei es auf der Strasse, in einem Park oder auf dem Schulgelände (Tab. 13). Mit relativen Häufigkeiten zwischen 28 und 36% gaben die Jugendlichen an, dass sie zu Hause, in Jugendtreffs oder anderen öffentlichen Lokalen rauchen. Unter welchen Bedingungen zu Hause geraucht werden kann, ist aus den Antworten nicht eruierbar. Ein Anteil von 56% der Jugendlichen gab an, dass zu Hause ein Rauchverbot gilt. In Kombination mit dem Rauchverbot für die ganze Familie darf sogar in 70% der Haushalte nicht geraucht werden. Dementsprechend suchen die Jugendlichen alternative Örtlichkeiten für den Tabakkonsum auf. Wenn zu Hause geraucht wird, geschieht dies sicher zu einem gewissen Grad verdeckt.

Öffentliche Lokale bieten sich an für gezielte Verhältnisprävention. Dabei gilt es allerdings zu bedenken, dass die Jugendlichen es gewohnt sind, im Freien zu rauchen, weil dies aus ihrer Sicht den Vorteil hat, dass sie dabei kaum kontrolliert werden können. Das heisst, dass präventive Massnahmen für öffentliche von Jugendlichen frequentierten Lokalen, die sich auf ein Rauchverbot in den Gebäuden selber beschränken, im Grunde genommen zu kurz greifen und mit flankierenden (verhaltenspräventiven) Massnahmen für den gesamten Begegnungsbereich ergänzt werden müssten.

Tab. 13: Orte, an denen geraucht wird (Mehrfachnennung, N=126) und Rauchverbot zu Hause

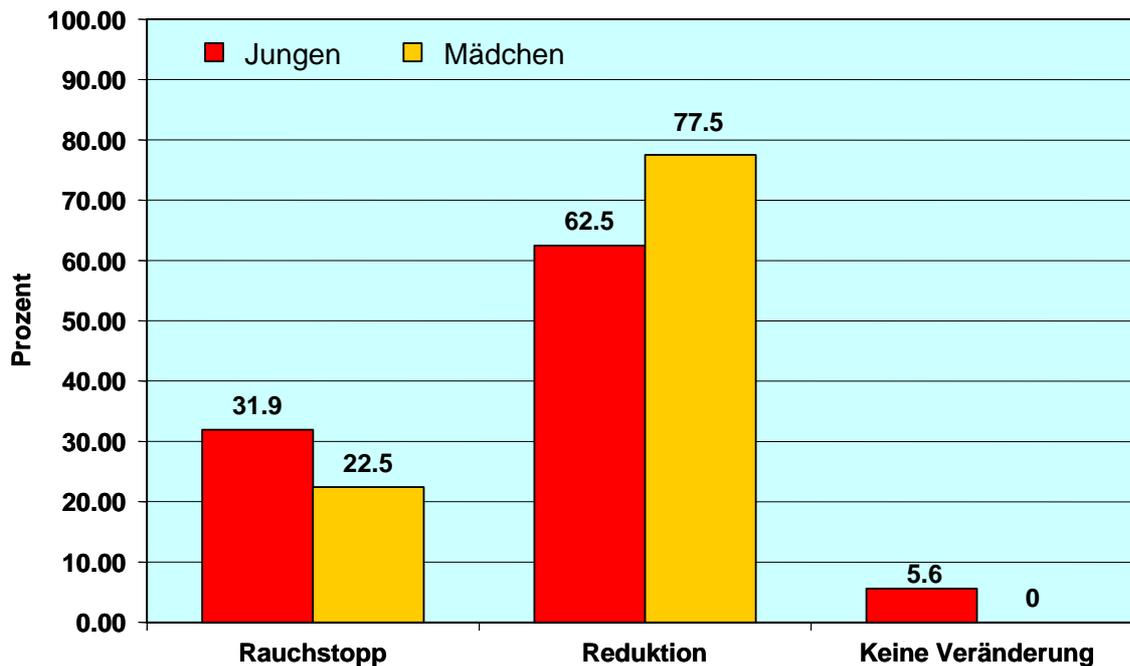
Ort	%
1) Auf der Strasse, in einem Park, auf dem Schulgelände, im Freien	82.9%
2) Bei mir zu Hause	36.4%
3) In einem Jugendtreff	35.6%
4) In einem Restaurant, einer Bar, einem Club	31.6%
5) Bei jemand anderem zu Hause	28.2%
Rauchverbot zu Hause	28.2%
Rauchverbot zu Hause für die Jugendlichen	55.6%
Rauchverbot für die Jugendlichen und zusätzlich für die ganze Familie	69.8%

Anmerkung: Die Antwortkategorien wurden dichotom erfasst ("trifft zu" vs. "trifft nicht zu"). Sortierung der Ortsangaben nach relativen Häufigkeiten.

3.3.3 Rauchstoppmotivation und Rauchstoppversuche

Von den Jugendlichen beabsichtigten bei T1 insgesamt 28% der Mädchen und Jungen, einen Rauchstopp zu unternehmen und 69%, den Tabakkonsum stark zu reduzieren (Abb. 11). Tendenziell wurde eine Reduktion von den Mädchen etwas häufiger und der Rauchstopp etwas weniger häufig als Ziel genannt. Auffallend ist, dass sich bei T1 praktisch alle Jugendlichen bereit waren, ihr Rauchverhalten zu verändern. Um die Rauchstoppmotivation zusätzlich mit einem alternativen und stärker differenzierenden Indikator zu erfassen, wurde ein 10-stufiges Thermorating eingesetzt. Auf dieser Skala erzielten die Jugendlichen einen Durchschnittswert von 5.1 Punkten, dabei sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen (Tab. 14).

Abb. 11: Bereitschaft für eine Verhaltensänderung getrennt nach Geschlecht (N=124)

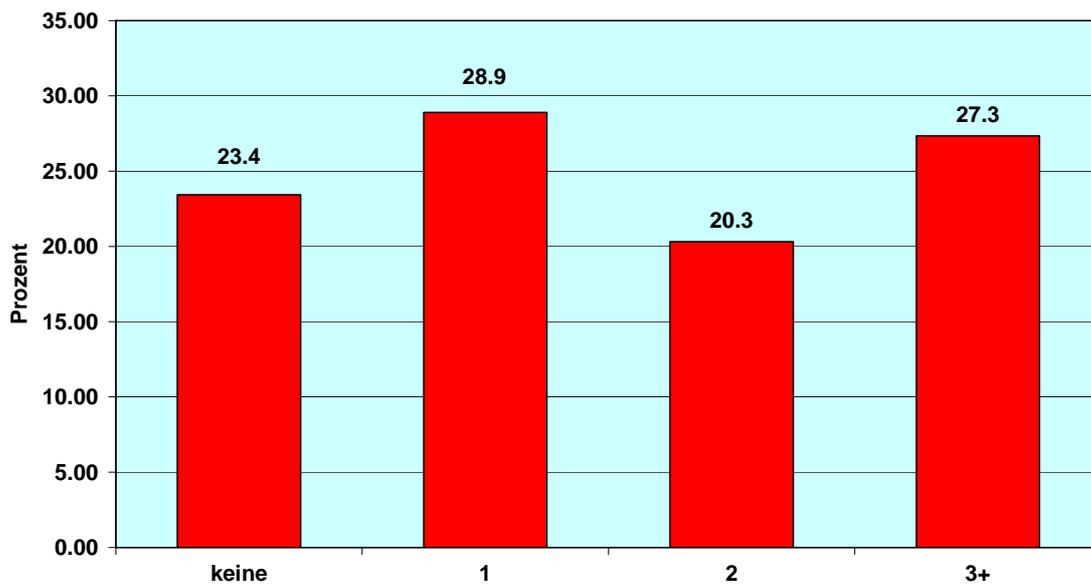


Tab. 14: Bereitschaft für einen Rauchstopp zum jetzigen Zeitpunkt (10-stufige Skala)

	N	Mittelwert	Min.	Max.	SD
Jungen	77	5.2	0	10	3.19
Mädchen	48	4.9	1	10	2.61
Gesamt	125	5.1	0	10	2.97

Insgesamt ist bei den Jugendlichen somit eine klare Motivation nachweisbar, das eigene Rauchverhalten zu verändern – eine wichtige Voraussetzung für entsprechende Interventionsmassnahmen. Wird das faktische Verhalten beurteilt, zeigt sich auf ernüchternde Weise ein anderes Bild. Denn eine überwiegende Mehrheit von 77% der Jugendlichen hat bereits Erfahrung mit Rauchstoppversuchen, knapp die Hälfte der Befragten hat sogar schon mehr als einen erfolglosen Rauchstoppversuch hinter sich (Abb. 12). Angaben zu den näheren Umständen dieser Aufhörversuche bestehen aus den Fragebogenuntersuchungen zwar keine. Der Nachweis erfolgloser Rauchstoppversuche beim Grossteil der befragten Jugendlichen zeigt aber, dass die Jugendlichen zwar faktisch versuchen, vom Tabakkonsum wieder loszukommen, dass sie dabei aber kaum erfolgreich sind. Immerhin können die gemachten Rauchstopperfahrungen für den weiteren Beratungsprozess (auch im Rahmen von KIM4U) nutzbar gemacht werden.

Abb. 12: Bereits unternommene Rauchstoppversuche bei T1



Welche Personen für die Jugendlichen im Hinblick auf eine Verhaltensänderung beim Tabakkonsum als wichtig eingestuft werden, ist aus Tab. 15 ersichtlich: Mit grossem Abstand steht dabei die Peergruppe im Vordergrund, gefolgt von den Eltern und den Geschwistern und weiteren Bezugspersonen aus dem nächsten sozialen Umfeld. Bei der Bedeutung der einzelnen Fachpersonen bestehen keine grossen Unterschiede, die Unterstützung durch das Internet ist scheinbar am wenigsten wichtig. Dieser Befund weist darauf hin, dass für die Jugendlichen Unterstützung von denjenigen Personen wichtig ist, die sie gut kennen und zu denen ein enges Vertrauensverhältnis besteht. Dabei spielen Mechanismen des sozialen Lernens, früher Sozialisation und sozialer Unterstützung eine wichtige Rolle. Zu bedenken bleibt, dass die Wirkung der Peergruppe und der eigenen Familie in zwei Richtungen erfolgen kann: für und gegen das Rauchen (Kimberly, 2003; Haines et al., 2007).

Tab. 15: Personen und Instanzen, die als Unterstützung beim Rauchstopp wichtig sind (Mehrfachnennungen, N=126)

Person / Instanz von denen Unterstützung gewünscht wird	%
Von Freunden, Kollegen (inkl. fester Partner, feste Partnerin)	72.3%
Von Eltern oder anderen erwachsenen Personen aus dem gleichen Haushalt	26.6%
Von Geschwistern	23.8%
Von anderen Bezugspersonen (Verwandten, Bekannten)	20.5%
Von der Schulärztin bzw. vom Schularzt	19.6%
Vom Hausarzt/Jugendarzt/Frauenarzt	16.2%
Von Kontaktpersonen aus dem Sport- und Freizeitbereich inkl. Lagerleitungen	15.4%
Von der Schulpsychologin bzw. vom Schulpsychologen	12.9%
Von Kontaktpersonen der Jugendberatung, bzw. vom Jugendtreff etc.	12.2%
Von einer Lehrerin, einem Lehrer	10.8%
Von jemandem des Schulsozialdienstes	10.5%
Von Internetseiten zum Thema Rauchen (Bsp. www.stop-tabac.ch)	9.6%
Von der Schulzahnärztin bzw. vom Schulzahnarzt	9.0%
Von Kontaktpersonen aus dem Internet (Chat-Foren, Newsgroups etc.)	7.2%

Anmerkung: Die Prozentangaben widerspiegeln die Antwortkategorien "wichtig" und "sehr wichtig". Sortierung nach Höhe der relativen Häufigkeiten.

3.4 Wirkungsmessung und Akzeptanz der Massnahme bei den Jugendlichen

Einleitende Bemerkungen

Die Wirkungsmessung erfolgte primär mit den 70 Jugendlichen, von denen eine Erst- und eine Zweitmessung vorlag. Die Wirkungsindikatoren werden gesondert auf der Ebene des faktischen Verhaltens und der Ebene von Intention und Motivation dargestellt.

3.4.1 Ebene Verhalten: Rauchstopp und Veränderung des Rauchverhaltens

Obwohl das Mitmachen bei KIM4U für die Jugendlichen grundsätzlich mit dem deklarierten Ziel verbunden war, das eigene Rauchverhalten zu verändern, schafften es offensichtlich nicht alle, konkrete Schritte für eine Verhaltensänderung zu unterneh-

men. Bei der Zweitbefragung gaben 53 (76%) von 70 Jugendlichen an, faktisch einen Versuch mit dem Ziel eines Rauchstopps oder zumindest einer Reduktion des Tabakkonsums unternommen zu haben (Tab. 16). Das heisst umgekehrt, dass gemäss dieser Selbstdeklaration ein Viertel der Jugendlichen keinen Versuch unternahm, das eigene Rauchverhalten zu verändern.

Die *Aufhörquote* ist sehr gering: Insgesamt betrachteten sich bei der Zweitbefragung lediglich 3 Jugendliche als Exraucher (Tab. 16). Diese Selbstdeklarationen stammten von zwei Jugendlichen aus dem Setting der Sozialen Arbeit und einer Person aus dem medizinischen Bereich. Dies entspricht einer Quitrate von 4.3% und liegt damit klar unter den Werten, die in Literatur für Massnahmen aus dem Bereich der kognitiv-behavioralen Rauchstoppberatung referiert werden (McDonald et al., 2003; Sussman et al., 2006).

Tab. 16: Faktische Versuche für Rauchstopp/Reduktion nach Fachbereich; Status als Exraucher (Quitrate)

	medizinische Settings		psychosoz. Settings		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
<i>Faktischer Versuch für Rauchstopp/Reduktion</i>						
Versuch unternommen	17	85.0	36	72.0	53	75.7
Kein Versuch unternommen	3	15.0	14	28.0	17	24.3
Gesamt	20	100	50	100	70	100
<i>Exraucher-Status (Quitrate)</i>						
Exraucher	1	5.0	2	4.0	3	4.3
Tabakkonsum fortgesetzt	19	95.0	48	96.0	67	95.7
Gesamt	20	100	50	100	70	100

Wie erwähnt, deklarierten bei Erstbefragung rund zwei Drittel der Jugendlichen eine Reduktion und weniger als ein Drittel einen Rauchstopp als ihr Ziel. Der faktische Rauchstopp ist zwar ein unzweideutiges Kriterium für erfolgreiche Tabakentwöhnung, im vorliegenden Kontext war dieses Kriterium für eine Mehrheit allerdings nicht adäquat. Inwiefern die Jugendlichen ihren Tabakkonsum zumindest temporär stoppen konnten bzw. faktisch eine Reduktion des Tabakkonsums erreichten, kann anhand der ausgewiesenen Anzahl rauchfreier Tage, der Veränderung der 30-Tageprävalenz und der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten gezeigt werden.

Die Verteilung der Anzahl rauchfreier Tage ist sehr schief verteilt (Abb. 13), indem Fälle mit mehr als 20 aufeinanderfolgenden rauchfreien Tagen nur selten vorkommen. Die Hälfte der Jugendlichen mit einem faktischen Rauchstoppversuch konnten ihren Tabakkonsum maximal während 5 Tagen unterlassen (Medianwert).

Bei der *30-Tageprävalenz* (Abb. 14) ergaben sich im Vergleich zwischen Erst- und Zweitbefragung praktisch keine Unterschiede, was die Extreme – also den schwachen Konsum von weniger als 1 Zigarette pro Tag und den sehr starken Konsum von 20 und mehr Zigaretten pro Tag – anbelangt. Hingegeben sind deutliche Verschiebungen im "mittleren" Bereich auszumachen: der Anteil mit einem relativ schwachen Konsum von 1 bis 5 Zigaretten täglich stieg bei T2 um 7.5%, der Anteil mit einem täglichen Konsum von 6 bis 10 um 4.4%. Andererseits sank der Anteil mit einem täglichen Konsum von 11 bis 20 Zigaretten bei T2 um 12% deutlich.

Diese differenzierten Verschiebungen lassen sich dahingehend interpretieren, dass (1) Jugendliche mit einem leichten Konsum (der möglicherweise noch als Probierkonsum eingestuft werden kann) die Brisanz einer Verhaltensänderung noch nicht einsehen und deshalb ihr Rauchverhalten beibehalten wollen und dass (2) Jugendliche mit einem täglichen Konsum von 20 Zigaretten und mehr bereits zu stark nikotinabhängig sind, um auf der Grundlage der durchgeführten Kurzinterventionen eine Reduktion erzielen zu können. Es scheint, dass sich Jugendlichen mit einem täglichen Konsum, der noch nicht über 20 Zigaretten hinausgeht, durch die Intervention für eine Reduktion gewinnen lassen.

Wir der Zigarettenkonsum der letzten 30 Tage umgelegt auf den *durchschnittlichen täglichen Zigarettenkonsum*, liegt zwar eine Tendenz zu etwas geringerem Konsum zwischen Erst- und Zweitbefragung vor. Ein signifikanter Rückgang um durchschnittlich 4 Zigaretten lässt sich einzig bei der Subgruppe der Jungen nachweisen, die angeben, faktisch einen Versuch zur Reduktion unternommen zu haben (Tab. 17)

Abb. 13: Anzahl rauchfreie Tage (Selbstdeklaration, N=46)

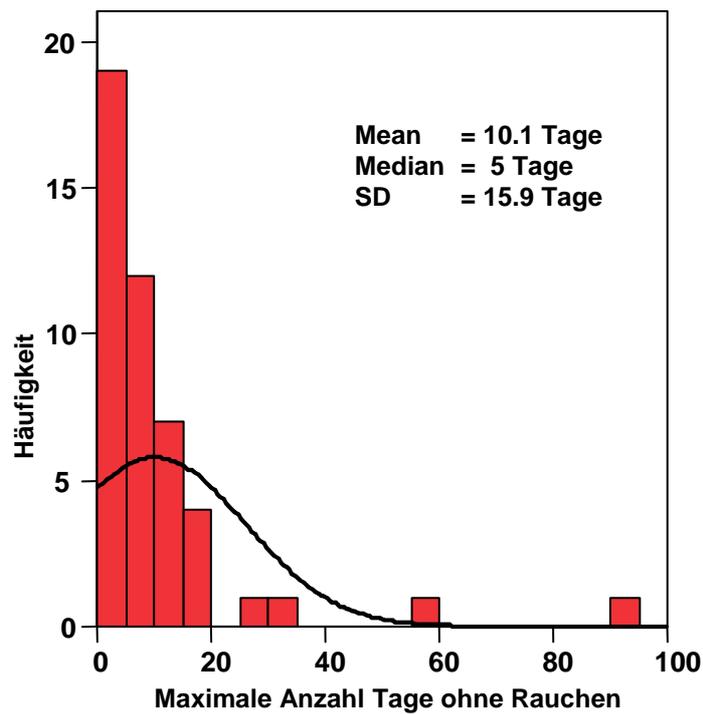
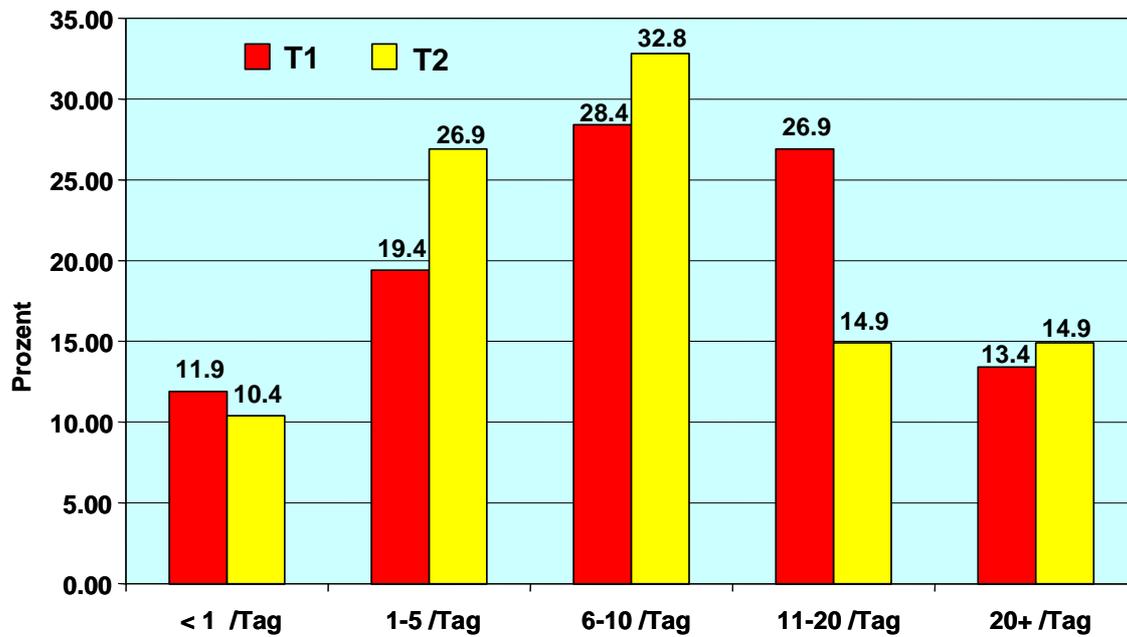


Abb. 14: 30-Tage-Prävalenz – Vergleich zwischen Erst- und Zweitbefragung (N=67)



Tab. 17: Reduktion Anzahl geraucherter Zigaretten pro Tag (Pbn mit faktischem Versuch und nonmissing Werten)

	N	mittlere Reduktion Zigaretten/Tag	SE	T-Wert	Signifikanz
Jungen	27	3.9	1.81	2.13	p=0.043
Mädchen	20	0.7	2.89	0.24	p=0.812
Gesamt	47	2.5	1.61	1.56	p=0.125

3.4.2 Ebene Motivation: Gründe für das Rauchen, Rauchstoppmotivation und wahrgenommene soziale Norm

In Tab. 18 sind die relativen Häufigkeiten zu fünf verschiedenen Gründen aufgelistet, weshalb die Jugendlichen weiter rauchen. Es fällt auf, dass sich die Gründe 1 bis 3 mit den meisten Nennungen um das Thema Rauchstopp drehen. Dabei steht die Schwierigkeit im Vordergrund, mit dem Rauchen aufzuhören – gekoppelt mit dem Aufschieben eines weiteren Rauchstopps und Ratlosigkeit wie es weiter gehen soll. Das Rauchverhalten der Peergruppe als zusätzlicher Grund für das Weiterrauchen wird von rund einem Drittel genannt.

Die Jugendlichen wurden bei der Zweitbefragung in analoger Weise wie bei der Erstbefragung nach der aktuellen Bereitschaft für einen Rauchstopp gefragt, wobei die Selbsteinschätzung erneut auf einer 10-Punkte-Skala eingetragen werden konnte. Die Jugendlichen mit einer Erst- und Zweitbefragung schätzten ihre Bereitschaft für einen Rauchstopp beim Zeitpunkt T2 mit einem Durchschnittswert von 4.8 Punkten interessanterweise signifikant tiefer ein als bei Zeitpunkt T1 (Tab. 19). Die gemachten Erfahrungen während der Feldphase und der letztlich gescheiterte Rauchstoppversuch wirkten auf die Jugendlichen offenbar ernüchternd und liessen entsprechend auch die Bereitschaft für einen weiteren Rauchstoppversuch sinken. Die Motivation bleibt dabei allerdings bestehen.

Die Jugendlichen sind sich ihrer Nikotinabhängigkeit durchaus bewusst. Bei der Zweitbefragung wurden sie gefragt, wie stark sie ihr Verlangen nach Zigaretten einschätzten im Hinblick auf einen weiteren Rauchstoppversuch. Gut die Hälfte von 65 Jugendlichen mit verwertbaren Daten deklarierten ihr Verlangen als stark bzw. sehr stark ein (Abb. 15). Geschlechtsunterschiede gibt es dabei keine.

Tab. 18: Subjektive Gründe für das Rauchen bei T2 (Mehrfachnennung, N=61)

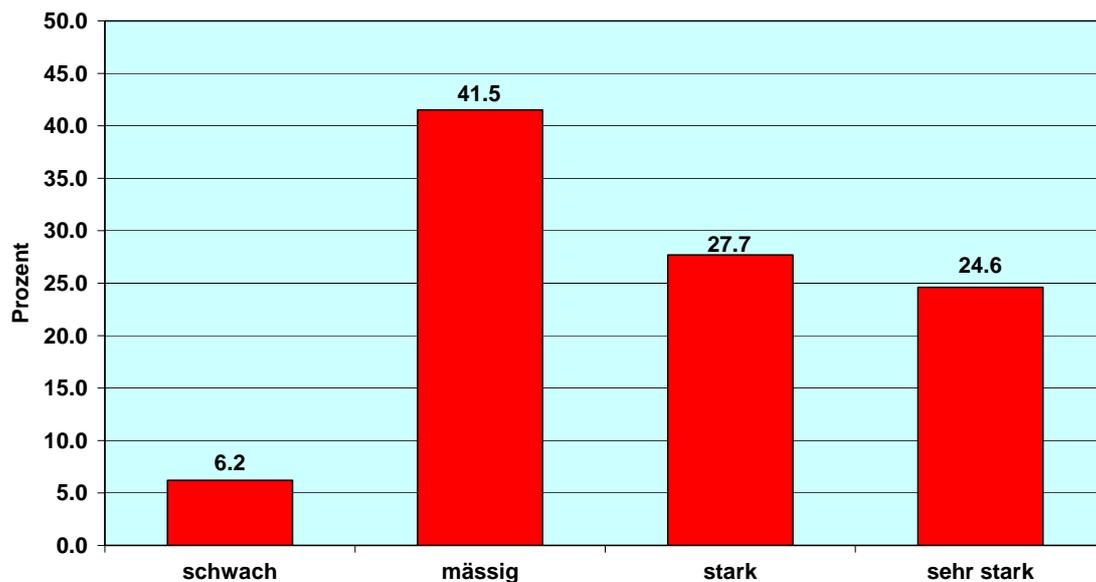
Grund	%
1) Es ist so schwer aufzuhören	54.8
2) Ich habe das Aufhören immer wieder hinausgeschoben	37.7
3) Ich weiss noch nicht, wie ich es schaffen soll, mit dem Rauchen aufzuhören	37.7
4) Alle meine FreundInnen/KollegInnen rauchen noch	31.7
5) Mein fester Freund, meine feste Freundin raucht noch	17.0

Anmerkung: Die Prozentangaben widerspiegeln die Antwortkategorien "trifft voll zu" und "trifft mehrheitlich zu". Sortierung nach Häufigkeit.

Tab. 19: Veränderung der Rauchstoppmotivation zwischen Erst- und Zweitbefragung (N=66)

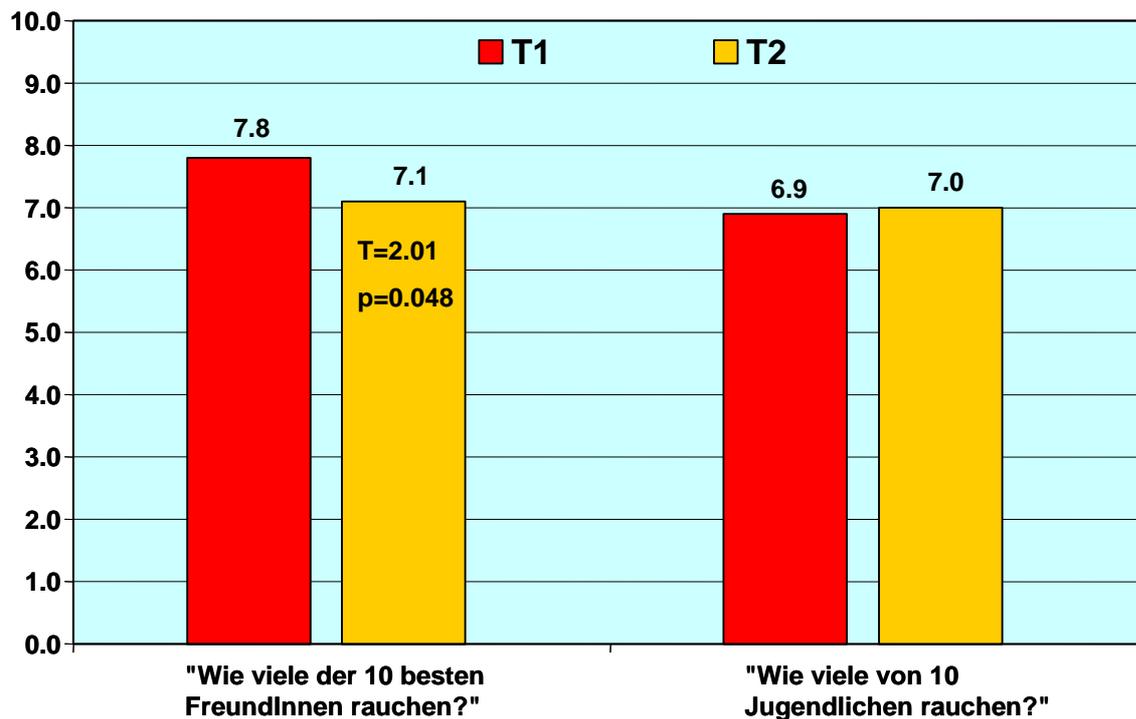
	Mittelwert	Min.	Max.	SD	mittlere Differenz	T-Wert	Signifikanz
Erstbefragung T1	6.0	0	10	2.9	1.13	3.23	p=0.002
Zweitbefragung T2	4.8	0	10	2.6			

Abb. 15: Verlangen nach Zigaretten im Hinblick auf einen weiteren Rauchstoppversuch (N=65)



Auch was das Rauchverhalten der Peergruppe anbelangt, scheinen die Jugendlichen etwas kritischer geworden zu sein. Auf die Frage, wie viele der 10 besten Freunde und Kollegen rauchen, resultierte bei der Zweitbefragung ein Durchschnittswert von 7.1 und liegt absolut gesehen immer noch sehr hoch. Die Differenz gegenüber der Erstbefragung ist allerdings signifikant. Die soziale Norm – erfasst mit dem Indikator, wie viele von 10 Jugendlichen insgesamt rauchen – wurde mit einem Durchschnittswert von 7 in unveränderter Weise stark verzerrt wahrgenommen (Abb. 16).

Abb. 16: Wahrnehmung der sozialen Norm: Vergleich zwischen Erst- und Zweitbefragung (N=65)



3.4.3 Akzeptanz von KIM4U bei den Jugendlichen

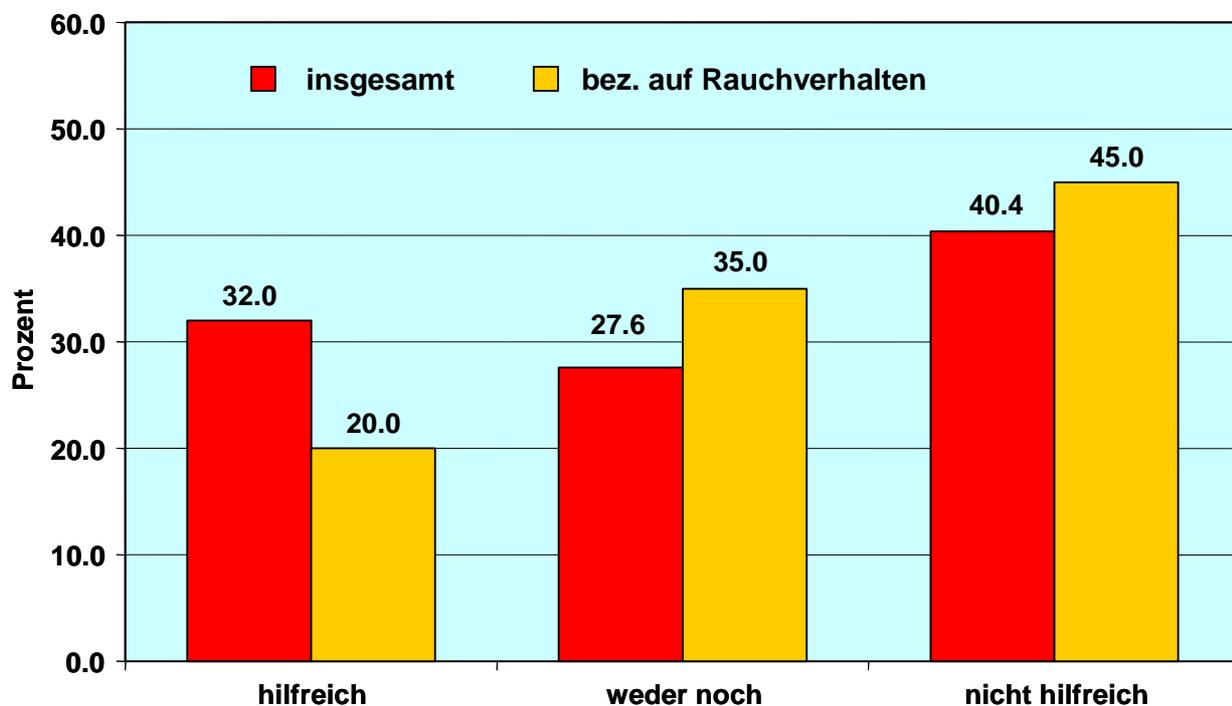
Bei der Zweitbefragung waren zwei Items enthalten, mit denen die Jugendlichen die mit den Fachpersonen durchgeführten Gespräche bewerten konnten. Und zwar wurde unterschieden, wie hilfreich die Gespräche *insgesamt* und bezogen auf den *Rauchstoppversuch* waren. Die nachfolgenden Analysen stützen sich auf eine kleine Stichprobe und müssen entsprechend vorsichtig interpretiert werden (Abb. 17).

Bei den Antworten fallen zwei Aspekte auf: zum einen wurden die Gespräche gesamthaft als relativ wenig hilfreich erlebt und zum anderen wurde der Nutzen bezogen auf die Rauchthematik geringer eingeschätzt als bezogen auf unspezifische Themen. Als hilfreich für eine Veränderung beim Rauchverhalten wurden die Gespräche bloss von einem Fünftel bewertet, knapp die Hälfte (45%) erlebte die Gespräche explizit als nicht hilfreich, ein Drittel (32%) fand die Gespräche insgesamt hilfreich. Erwartungsgemäss korrelieren die Einschätzungsbereiche signifikant mit-

einander, d.h. erlebte ein Jugendlicher die Gespräche in einem allgemeinen Kontext als hilfreich, war dies überzufällig auch für das Thema Rauchen der Fall – und natürlich umgekehrt ($Rho=0.547$, $p=0.000$). Bedeutsame Geschlechtsunterschiede bestehen dabei keine.

Jugendliche, die die Gespräche für die persönliche Tabakentwöhnung als hilfreich einstufen, wiesen bei T2 einen signifikant geringeren täglichen Zigarettenkonsum aus als Jugendliche, die die Gespräche nicht positiv bewerteten. Das wirft die wichtige Frage auf, welches die formal und inhaltlich relevanten Aspekte der durchgeführten Gespräche sind. Hierzu wurden allerdings keine Daten erhoben, die empirisch gestützte Aussagen ermöglichen würden.

Abb. 17: "Wie hilfreich waren die Gespräche mit den Fachpersonen?" (N=47 bzw. N=40)

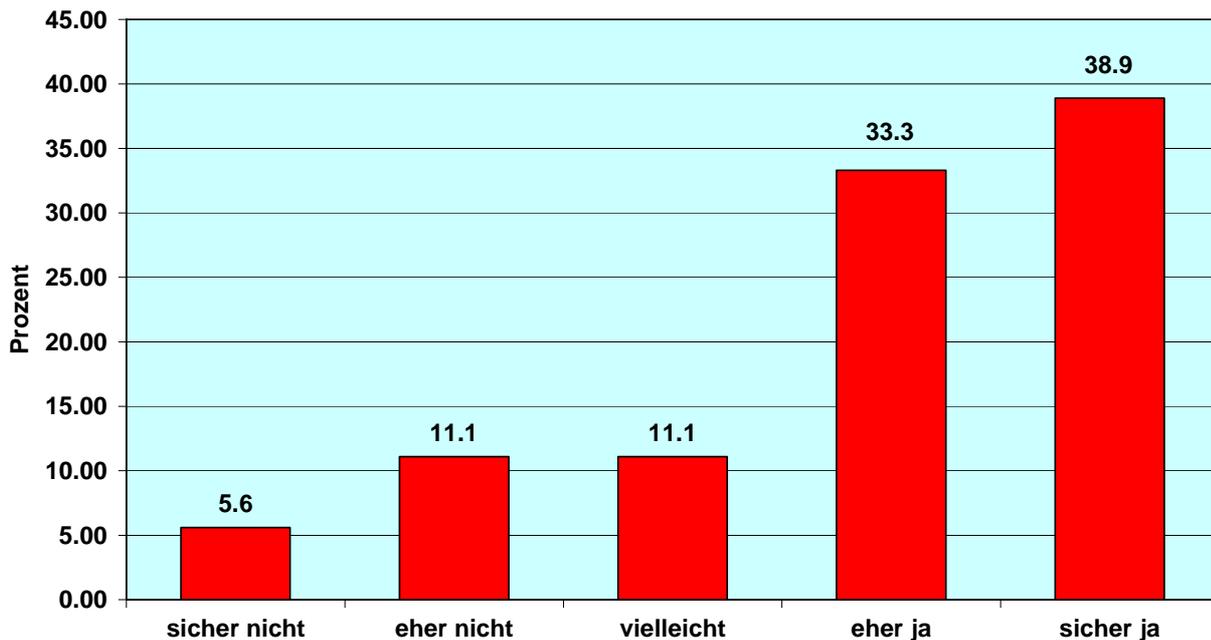


Der Befund zur Nützlichkeit der Gespräche kontrastiert deutlich mit der Bereitschaft der Jugendlichen, bei einem solchen Projekt erneut mitzumachen (Abb. 18). Drei Viertel (72%) von 52 Jugendlichen mit nonmissing Werten würden eher oder sicher wieder mitmachen. Umgekehrt würden bloss 6% sicher nicht mehr machen. Bedeutsame Geschlechtsunterschiede bestehen auch bei dieser Einschätzung nicht. Dies lässt auf eine erstaunlich hohe Akzeptanz der Jugendlichen schliessen. Dabei spielten die 10-Franken-Gutscheine als Anreiz für die Teilnahme am Projekt KIM4U (inkl. Ausfüllen der beiden Fragebogen) offensichtlich eine untergeordnete Rolle (Tab. 20). Auf einer 10-Punkte-Skala mit den Extremwerten 0 (überhaupt nicht wichtig) und 10 (sehr wichtig) resultierte für beide Geschlechter ein Durchschnittswert von 2.8 Punk-

ten. Dieser Befund steht in Übereinstimmung mit der Einschätzung der Fachpersonen, was das Anreizsystem anbelangt (vgl. 3.5).

Die Wirkung der Gutscheine für die Jugendlichen wurde bei der Planung deutlich überschätzt und zeigt, dass die Jugendlichen ohne einen solchen materiellen Anreiz bereit sind, sich in Begleitung einer Fachperson mit dem Thema Rauchen auseinanderzusetzen.

Abb. 18: Bereitschaft zum wieder Mitmachen (N=52)



Tab. 20: Bedeutung des Anreizsystems für das Mitmachen (10-Punkte-Skala, N=50)

	N	Mittelwert	Min.	Max.	SD
Jungen	33	3.2	0	10	3.50
Mädchen	17	1.9	0	10	2.01
Gesamt	50	2.8	0	10	3.11

3.5 Einschätzung von Wirkung und Akzeptanz der Massnahme durch die Fachpersonen

3.5.1 Zielsetzung und Methodik der Fokusgruppen Block 2

Bei KIM4U handelte es sich im Wesentlichen um eine explorative Pilotstudie, bei der die Abklärung der Machbarkeit (Feasibility) im Vordergrund stand. Die während der Feldphase gemachten Erfahrungen der Fachpersonen konnten mittels Fokusgruppen differenzierter in Erfahrung gebracht werden als dies mit halbstandardisierten Fragebogen der Fall gewesen wäre. Dies nicht nur, weil wir von den "richtigen" Kriterien vor der Feldphase ein zu unscharfes Bild hatten, sondern insbesondere auch deshalb, weil die Berufsgruppen inkl. der involvierten Settings sehr heterogen zusammengesetzt waren. An die Fokusgruppen wurden auch einige Führungsverantwortliche eingeladen, die operativ nicht (mehr) direkt mit den Jugendlichen in Kontakt stehen und deshalb selber auch keine Kurzinterventionen durchführten, aber die Sicht der Institutionen darlegen konnten, die sie repräsentierten. Das Ziel des zweiten Blocks Fokusgruppen bestand somit darin, ergänzend zu den Fragebogendaten der Jugendlichen Aufschluss von den Fachpersonen zu den gemachten Erfahrungen bei der konkreten Umsetzung der Massnahme zu erhalten und zusätzlich deren Einschätzung zu Potenzial und Weiterentwicklung von KIM4U in Erfahrung zu bringen.

Im Rahmen des zweiten Fokusgruppenblocks wurden zwei Diskussionsgruppen wiederum separat mit medizinischen Fachpersonen und mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit durchgeführt. Die Methodik des zweiten Blocks Fokusgruppen war identisch mit derjenigen des ersten (vgl. 2.5.1). Die Resultate werden nachfolgend ebenfalls in gleicher Weise dargestellt.

3.5.2 Ergebnisse der Fokusgruppen mit medizinischen Fachpersonen

Die medizinische Fokusgruppe wurde mit 6 Fachpersonen aus dem Schulärztlichen und Schulzahnärztlichen Dienst durchgeführt und fand am 8. März 2007 statt.

Vertretene Fachbereiche

- Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich (SAD): 4 Personen (inkl. Leitung des SAD)
- Schulärztlicher Dienst der Stadt St.Gallen: 1 Person
- Schulzahnärztlicher Dienst der Stadt Zürich (SZD): 1 Person

Fragenkomplex 1: Ergaben sich im Zusammenhang mit KIM4U Veränderungen, was die Tabakprävention bei Jugendlichen anbelangt?

Grundlegende Veränderungen, die im Zusammenhang mit KIM4U stehen, ergaben sich gemäss dem geschilderten Gesamteindruck der Teilnehmerinnen nicht. Die Fachpersonen insbesondere des *Schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich* erfassen das Rauchverhalten anhand der Screening-Fragebogen ohnehin routinemässig. Von kleineren Veränderungen wurde jedoch durchaus berichtet. Diese standen einerseits im Zusammenhang mit der Zweitkonsultation, die zum Ausfüllen des Fragebogens T2 stattfand und andererseits mit dem systematisierten Nachfragen im Rahmen der durchgeführten Kurzinterventionen, wodurch der Zugang zu vielen Jugendlichen erleichtert werden konnte. Die Möglichkeit zur Vereinbarung von Zweitkonsultationen erwies sich als durchaus realistisch und unproblematisch. Diese Zweitkonsultationen kamen auf verschiedene Arten zustande: Entweder durch die briefliche Vorladung zu einem zweiten Termin (nach Absprache mit den Jugendlichen) oder durch die Vereinbarung eines Zweittermins im direkten Anschluss an die Erstintervention.

Eine wesentliche Veränderung etablierte sich beim *Schulzahnärztlichen Dienst der Stadt Zürich*: Während die anwesende Zahnärztin vor der Massnahme KIM4U nur jene SchülerInnen angesprochen hatte, bei denen es Hinweise auf Tabakkonsum gab (v.a. durch den Geruch), sprach sie nun systematisch alle Jugendlichen zwischen 13 und 16 Jahren auf das Rauchen an und intervenierte bei Jugendlichen mit Tabakkonsum mittels KI/MI.

Fragenkomplex 2: Wie "machbar" war die Massnahme KIM4U in den jeweiligen Settings aufgrund der Erfahrung grundsätzlich und wie gut wurde sie von den Jugendlichen akzeptiert?

Die Schulärztinnen waren sich einig darüber, dass eine vertiefte Integration der Motivierenden Gesprächsführung in ihren beruflichen Alltag sehr wünschenswert ist. Das Projekt KIM4U bot für die *Schulärztlichen Dienste (Zürich und St.Gallen)* in diesem Sinne eine Möglichkeit, erste konkrete Erfahrungen zu sammeln. Im kantonalen Vergleich bestehen allerdings beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der verfügbaren zeitlichen Ressourcen. Während die Intervention beim *SAD der Stadt Zürich* als durchaus machbar eingeschätzt wird, müssten beim *SAD der Stadt St.Gallen* vermutlich gewisse strukturelle Änderungen (z.B. in Form eines zusätzlichen Termins für die Interventionsmassnahme) vorgenommen oder der Zusatzaufwand im Zusammenhang mit der Projektevaluation (Abgabe und Verwalten der Fragebogen) auf ein Minimum beschränkt werden. Die Minimierung des administrativen Aufwandes ist für die routinemässige Integration von KIM4U in die schulärztlichen Klassenuntersuchungen entscheidend wichtig.

Grundsätzlich erlaubt das schulärztliche Setting, die Jugendlichen ohne weiteres auf das Thema Rauchen anzusprechen. Unabdingbare Voraussetzung für einen weiteren Erfolg (über das Ansprechen hinaus) bildet allerdings die Verhaltensänderungs-

bereitschaft der Jugendlichen. Die Akzeptanz der Intervention kann unter den Jugendlichen grundsätzlich als gut bewertet werden, obwohl manche das Rauchen nicht zugeben wollen.

Fragenkomplex 3: Welche Erfahrungen wurden mit den Fragebögen und dem Anreizsystem gemacht?

Manche Jugendliche wurden durch den Umfang des Fragebogens T1 etwas abgeschreckt. Einige (v.a. bildungsferne) Jugendliche zeigten gewisse Verständnisprobleme beim Ausfüllen, die jedoch meistens durch das Beiziehen der Fachpersonen geklärt werden konnten. Auf der Grundlage des Fragebogens T1 konnte das Hauptmotiv für das Rauchen im Allgemeinen leicht eruiert werden (häufig handelte es sich dabei um "Stress"). Dadurch konnte im Gespräch jeweils direkt auf dieses Motiv Bezug genommen werden, was sich als sehr vorteilhaft erwies. Das Thematisieren der Verhaltensregeln im Elternhaus stiess bei den meisten Jugendlichen auf Ablehnung, da sie selber gerne als Erwachsene gelten möchten.

Das Anreizsystem bestand aus einem Gutschein im Wert von 10 Franken von M-Electronics, der für den Download von Musikstücken aus dem Internet oder für den Kauf von Hardwareprodukten eingesetzt werden konnte. Die Form des Anreizes wurde den Jugendlichen in der Regel bei der ersten Kurzintervention mitgeteilt und der Gutschein als Belohnung für den ausgefüllten T2 überreicht. Die Gesamtbewertung der Rückmeldungen durch die Schulärztinnen deutet auf einen begrenzten Effekt des Anreizsystems hin, der das Mitmachen bei KIM4U und den Rücklauf der Fragebogen kaum beeinflusste.

Fragenkomplex 4: Welches sind wichtige Aspekte im Hinblick auf die weitere Fortbildung in KI/MI (z.B. im Rahmen von KIM4U) und welche Organisationen könnten dazu beigezogen werden?

Alle Teilnehmerinnen sprachen sich spontan für eine Fortbildungsdauer von ca. drei Halbtagen aus. Zum Bekanntmachen des Weiterbildungsangebotes könnten Anlässe wie Schulärzte- und Klausurtagungen dienen. Wünschenswert und nützlich wäre in diesem Zusammenhang eine Kooperation mit Fachverbänden und Organisationen. Genannt wurden in diesem Zusammenhang der "Schweizer Schulärzteverband", die "European Union of School and University Health and Medicine" die "Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Medizin" sowie die "Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie". Als didaktische Hilfsmittel für die Weiterbildung wurden Filmanalysen der direkten Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Jugendlichen angeregt.

Wichtigste Ergebnisse aus der Gruppendiskussion

Die Massnahme KIM4U ist aus Sicht der *Schulärztinnen* geeignet, Jugendlichen mit Tabakkonsum zumindest einen "Denkanstoss" zu geben und dank einer Zweitkonsultation bei vielen Jugendlichen das Rauchverhalten vertiefter als in der üblichen Routine anzugehen. Beim *SZD der Stadt Zürich* bestand die wesentliche Veränderung in einer systematischen Erfassung des Tabakkonsums und in der Anwendung von KI/MI. Grundsätzlich wird die Massnahme von den Schulärztlichen Diensten der Städte Zürich und St.Gallen sowie vom Schulzahnärztlichen Dienst der Stadt Zürich als "machbar" bewertet. Kritisch wird allerdings vom SAD St.Gallen und vom SZD Zürich der zeitliche Zusatzaufwand beurteilt.

Die Akzeptanz der Massnahme durch die Jugendlichen wird aus Sicht der anwesenden Fachpersonen durchwegs als gut bewertet. Die Fragebögen können für den Einstieg ins Gespräch mit den Jugendlichen je nachdem hilfreich sein, zu umfangreiche Fragebogen können auf manche Jugendlichen allerdings auch abschreckend wirken. Das Anreizsystem in Form der Gutscheine war für die Teilnahme der Jugendlichen am Projekt wenig relevant. Eine Fortsetzung der Weiterbildung in KI/MI, die institutionell besser verankert werden sollte, ist von den medizinischen Fachpersonen erwünscht.

3.5.3 Ergebnisse der Fokusgruppen mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit

Die zweite Fokusgruppe von Block 2 fand mit 10 Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit am 21. März 2007 statt.

Vertretene Fachbereiche

- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände (SAJV): 1 Person
- Radix Gesundheitsförderung: 1 Person
- Berner Gesundheit (BEGES): 1 Person
- Schulsozialarbeit der Stadt Schaffhausen: 1 Person
- Jugendsekretariat der Stadt St.Gallen: 1 Person
- Schulsozialarbeit der Stadt Zürich: 2 Personen
- Offene Jugendarbeit (OJA): Je eine Person aus Interlaken und Umgebung und aus der Stadt Zürich
- Schweizerischer Dachverband der offenen Jugendarbeit (DOJ): 1 Person aus der Geschäftsleitung

Fragenkomplex 1: Ergaben sich im Zusammenhang mit KIM4U Veränderungen, was die Tabakprävention bei Jugendlichen anbelangt?

Das Ansprechen der Jugendlichen auf das Rauchverhalten wurde durch die KIM4U-Massnahme vereinfacht. Das Thema Rauchen wurde präsenter und bekam bei den Fachpersonen einen höheren Stellenwert im beruflichen Alltag. Die Thematisierung des Rauchens erfüllte darüber hinaus eine Art "Icebreakerfunktion", indem der Zugang auch zu anderen Themen bei den Jugendlichen erleichtert wurde. Zwischen der Fachperson und den Jugendlichen konnte vielfach eine bessere Vertrauensbasis aufgebaut werden. Mehrere Fachpersonen berichteten, dass die Jugendlichen ihren eigenen Tabakkonsum realistischer zu reflektieren begannen und teilweise ihren Konsum drosselten oder versuchten, mit dem Rauchen ganz aufzuhören. Vereinzelt hatten die Fachpersonen den Eindruck, dass die Jugendlichen ihr soziales Umfeld in Bezug auf die vorhandenen Tabakkonsummuster sensibler wahrnahmen.

Fragenkomplex 2: Wie "machbar" war die Massnahme KIM4U in den jeweiligen Settings aufgrund der Erfahrung grundsätzlich und wie wurde sie von den Jugendlichen akzeptiert?

Die Machbarkeit der Massnahme KIM4U wurde insgesamt positiv bewertet. Die Akzeptanz von KIM4U bei den Jugendlichen wurde unterschiedlich geschildert. Dabei hing die Bereitschaft eines Teils der Jugendlichen, sich auf ein intensives Beratungsgespräch mit den Fachpersonen einzulassen, offenbar stärker mit dem Bedürfnis zusammen, als Person wahr- und ernst genommen zu werden, als mit dem Interesse, das eigene Rauchverhalten zu thematisieren. Die Erfahrung speziell in der *offenen Jugendarbeit* zeigte, dass dem Thematisieren des Tabakkonsums Grenzen gesetzt sind. Die Jugendlichen schätzten zwar, dass man sich für ihre Person interessierte, aber sie wollten sich bei ihrem Tabakkonsum allerdings nichts sagen lassen. Deshalb reagierten sie je nachdem empfindlich, wenn die JugendarbeiterInnen sie zu intensiv zur Teilnahme am Projekt KIM4U motivieren wollten. Andererseits stiess die Massnahme auch auf grosse Akzeptanz insbesondere bei Jugendlichen, bei denen bereits ein gutes Verhältnis zur entsprechenden Fachperson bestand.

Fragenkomplex 3: Welche Erfahrungen wurden mit den Fragebögen und dem Anreizsystem gemacht?

Die Verwendung der Fragebögen durch die Fachpersonen erfolgte unterschiedlich. Teilweise wurden sie von den Jugendlichen vor dem eigentlichen Gespräch ausgefüllt, teilweise während des Gesprächs und teilweise erst nach der Erstintervention. Die Messung der Nikotinabhängigkeit mittels der Hooked On Nicotine Checklist (HONC) diente in einigen Fällen ausserdem als "Aufhänger" für ein nachfolgendes Gespräch im Rahmen der Kurzintervention. Vor allem im Bereich der *offenen Jugendarbeit* bildete der umfangreiche Fragebogen T1 allerdings eine verhältnismässig

hohe Hürde, welche die Rekrutierung der Jugendlichen teilweise beträchtlich erschwerte.

Das Anreizsystem (Abgabe von 10-Franken-Gutscheinen nach Ausfüllen/Abgabe des zweiten Fragebogens) zeigte bei den Jugendlichen insgesamt auch in den Settings der Sozialen Arbeit einen eher geringen Effekt.

Fragenkomplex 4: Welches sind wichtige Aspekte im Hinblick auf die weitere Fortbildung in KI/MI (z.B. im Rahmen von KIM4U) und welche Organisationen könnten dazu beigezogen werden?

Um den unterschiedlichen Vorkenntnissen der Fachpersonen gerecht zu werden, wird eine flexible und modular aufgebaute Weiterbildung gewünscht. Möglichkeiten für Kooperationen bestehen insbesondere mit *Radix Gesundheitsförderung* und *BEGES* (im Zusammenspiel mit den durchgeführten MOVE-Kursen), aber evtl. auch mit dem *Fachverband Sucht*, dem Schweizerischen Dachverband der Suchpräventionsstellen. Kommunale Randbedingungen müssten dabei berücksichtigt werden. Die *SAJV* unterhält eine eigene Weiterbildungsplattform, die auch für KIM4U bzw. Lehrgänge in KI/MI zur Verfügung gestellt werden könnte. Dabei müsste das Kursprogramm allerdings auf die Möglichkeiten und Standards der *SAJV* angepasst werden. Gewünscht wird eine (auch in zeitlicher Hinsicht) klare Definition der Zielsetzung und thematische Begrenzung der geplanten Massnahme (z.B. Begrenzung auf Tabakprävention). Die Weiterbildung sollte dabei insgesamt nicht mehr als drei Tage beanspruchen.

Wichtigste Ergebnisse aus der Gruppendiskussion

Die Massnahme KIM4U stärkte in vielen Fällen das Vertrauensverhältnis zwischen Fachpersonen und Jugendlichen. Teilweise wurden ernsthafte Bemühungen der Jugendlichen festgestellt, ihren Rauchkonsum zu stoppen oder zu drosseln. Gemäss Erfahrungen der Fachpersonen ist die Methodik von KI/MI geeignet, nebst dem Thema Tabak auch andere wichtige Themen anzugehen, die die Jugendlichen beschäftigen. Die Machbarkeit wird insgesamt als gut bewertet, und auch die Akzeptanz für die Massnahme ist generell vorhanden. Die Fragebogen konnten teilweise als "Aufhänger" und Gesprächsleitfaden genutzt werden. Der Umfang der schriftlichen Befragung stellte für manche Jugendlichen in der offenen Jugendarbeit aber auch eine Hürde dar, um beim Projekt mitzumachen. Der Effekt der Gutscheine wurde als relativ gering eingeschätzt.

Im Hinblick auf die Fortsetzung der Weiterbildung in KI/MI wird Wert auf einen modularen Aufbau gelegt. Potenzielle Kooperationsmöglichkeiten mit bereits bestehenden Lehrgängen in den einzelnen Organisationen sollten geprüft und wenn immer möglich genutzt werden.

3.6 Ökonomische Überlegungen

Ursprünglich war geplant, an dieser Stelle eine formale Kosteneffektivitätsanalyse einzufügen. Da praktisch keine Rauchstopps erreicht wurden und deshalb keine empirisch verwertbare Datenbasis zur Kalkulation der Effektivität vorliegt, kann eine solche Analyse nicht durchgeführt werden. Dennoch bieten die bisherigen Ergebnisse klare Hinweise auf die Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Intervention.

Der Trainingsaufwand hält sich in Grenzen. So wurde für die reine Schulungszeit inklusive Pausen für medizinische Fachpersonen im Durchschnitt 4 Stunden aufgewendet (entspricht CHF 493.-) und für Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Durchschnitt 7 Stunden und 25 Minuten (entspricht CHF 609.-). Diese Zahlen basieren auf den aktuellen Taxpunktwerten (TPW) für UV/MV/IV-PatientInnenen (Stand 1. Januar 2006), Zentralstelle für Medizinaltarife UVG unter Verwendung der Ambulanten Tarife des Spitalleistungskatalogs (1992-2003), Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (letzte Überarbeitung 31. Januar 1997). Die geringere Zeit des Trainings für medizinische Fachpersonen ergibt sich aus der Tatsache, dass für diese Berufsgruppe ein spezieller Kurs mit kürzeren Trainingszeiten geschaffen wurde, weil für den längeren Kurs kaum Nachfrage bestanden hätte. Selbst wenn man zu den o.g. Summen noch die Kosten und Zeiten für An- und Abfahrt hinzurechnet sowie die Kosten der TrainerInnen dieser Gruppenschulung, kann man in jedem Fall von Trainingskosten von weniger als CHF 1'000.- pro TeilnehmerIn ausgehen.

Für die klientenbezogenen Aufwendungen und Kosten wurden mit einbezogen:

- Dauer der KI/MI
- Aufgewendete Zeit für Vorbereitung: Terminvereinbarung, Aktenstudium, etc.
- Wartezeit
- Aufgewendete Zeit für die Nachbereitung: Telefonate Aktenstudium
- Aktenführung

Für allgemeine Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von KI/MI wurden einbezogen:

- Allfällige Zusatzkosten z.B. für Informationsmaterial etc.
- Kosten für Weiterbildung, die in direktem Zusammenhang stehen mit der Durchführung von KI/MI
- Weitere Kosten, die in direktem Zusammenhang stehen mit der Durchführung von KI/MI (offene Frage).

Diese Daten wurden mittels eines Kosteneffektivitätsprotokolls erhoben. Insgesamt eine medizinische Fachperson und 9 Fachpersonen der Sozialen Arbeit antworteten. Gesamthaft ergaben sich folgende Kosten (vgl. Tab. 22):

Tab. 21: Zusammenstellung der Kosten für Weiterbildung und Durchführung von Kurzinterventionen nach Setting

Medizinische Fachpersonen	Fachpersonen der Sozialen Arbeit
Klientenbezogene Kosten pro Jugendlichen 17.09 min * 123.20 CHF pro Stunde	Klientenbezogene Kosten pro Jugendlichen 85.22 min * 82.13 CHF pro Stunde
Zwischentotal: 35.09 CHF pro Jugendlichen	Zwischentotal: 116.65 CHF pro Jugendlichen
Allgemeine Kosten pro Jugendlichen 0 CHF	Allgemeine Kosten pro Jugendlichen 2.45 CHF
Total: 35.09 CHF pro Jugendlichen	Total: 119.19 CHF pro Jugendlichen

Diese Kosten sind sicherlich mit einem weiten Konfidenzintervall zu versehen, weil sie nur auf einer kleinen Stichprobe basieren. Dennoch geben sie einen Einblick in die zu erwarteten Kosten pro KI/MI. In jedem Fall zählt diese Intervention hiermit zu den kostengünstigsten Interventionen auf individueller Ebene (Rehm et al., 2007). Es wird von zukünftigen Daten hinsichtlich ihrer Effektivität abhängen, wie die Kosteneffektivität dieser Intervention im Vergleich aller schweizerischen Interventionen abschneidet.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Gründe für frühe Tabakprävention bei Jugendlichen

Wie die Schüler- und Jugendbefragungen HBSC und ESPAD sowie eine Vielzahl weiterer Studien zeigen, erfolgt der Einstieg in den Konsum psychoaktiver Substanzen (Tabak, Alkohol, illegale Drogen) und die sukzessive Steigerung des Konsums im Jugendalter in der Regel ab ca. dem 12. Altersjahr, also ab der frühen Pubertät (Schmid et al., 2007; Gmel et al., 2004; Lohaus et al., 2006). Der Konsum psychoaktiver Substanzen dient je nachdem nicht lange nur als symbolisches Hilfsmittel zur Demonstration von Abgrenzung und Erwachsensein oder als Zeichen der Gruppenzugehörigkeit, sondern die Substanzen werden von einem Teil der Jugendlichen bald einmal regelmässig als entspannungsfördernde Mittel zur Bewältigung des Stresserlebens eingesetzt. Bei Substanzen mit einem hohen Suchtpotenzial, zu denen insbesondere auch das Nikotin in Zigaretten gehört, besteht Gefahr, dass sich früh eine Eigendynamik entwickelt, deren Kontrollierbarkeit von den Jugendlichen systematisch überschätzt wird. Ohne dass es die Jugendlichen bewusst wahrnehmen, etablieren sich früh Anzeichen von Abhängigkeit und das Risiko ist hoch, dass sich anfängliches sporadisches Rauchen relativ rasch hin zum täglichen Konsum steigert (DiFranza et al., 2002; Chen, 2003; Gervais et al., 2006; Krebs, 1999).

Früherkennung und Frühintervention bei Tabakkonsum sollte aus folgenden Gründen im Jugendalter einsetzen (McEwen et al., 2006; Molyneuy et al., 2006):

- Jugendliche mit einem frühen Einstiegsalter haben eine geringere Chance, später einen erfolgreichen Rauchstopp zu erreichen
- Die Abstinenz kann mit grösserer Wahrscheinlichkeit erreicht werden, solange noch nicht täglich geraucht wird
- Rund jeder zweite Jugendliche möchte mit dem Rauchen wieder aufhören und hat bereits (erfolglose) Rauchstoppversuche hinter sich
- Jugendliche Raucher sind offen für Anlaufstellen, an denen sie professionelle und vertrauliche Unterstützung bei der Rauchentwöhnung erhalten können

Das Projekt KIM4U wurde mit der Vision lanciert, Jugendliche mit Tabakkonsum auf niederschwellige Weise bei der kritischen Auseinandersetzung mit ihrem Rauchverhalten zu unterstützen und eine Verhaltensänderung hin zum Rauchstopp oder zur Reduktion zu erwirken und damit einen Beitrag zur Tabakprävention bei Jugendlichen zu leisten.

Geeignete Settings für Früherkennung und Frühintervention

In der Schweiz besitzt keine Berufsgruppe explizit den Auftrag, bei Jugendlichen Raucherentwöhnung durchzuführen. Umgekehrt stösst die Präventionsarbeit in Kombination mit Massnahmen der Gesundheitsförderung in der ärztlichen Grundversorgung aber auch in Berufsfeldern der Sozialen- und Freiwilligenarbeit auf reges Interesse. Damit verbunden ist auch ein grosses Potenzial für die Tabakprävention bei Jugendlichen, obwohl zur Zeit die Themen Alkohol und Gewalt stärker im Fokus stehen.

Der Ansatz von KIM4U sah vor, Fachpersonen aus der medizinischen und aus der Sozialen Arbeit für den jugendlichen Tabakkonsum zu sensibilisieren und gleichzeitig zu befähigen, bei Jugendlichen Kurzinterventionen durchzuführen.

Da bekannt ist, dass viele Jugendliche verdeckt rauchen, ihre Abhängigkeit vom Nikotin unterschätzen und aus eigener Initiative kaum Raucherentwöhnungsangebote nutzen, wurde beim gewählten Ansatz gewissermassen der "Spiess umgedreht", indem die Jugendlichen in alltagsnahen Lebenskontexten durch Fachpersonen aktiv auf das Rauchverhalten angesprochen und anschliessend bei der Verhaltensänderung unterstützt werden sollten. Als Methode für die Intervention wurde das Konzept der Kurzintervention basierend auf Motivierender Gesprächsführung KI/MI gewählt, da sich diese Interventionsform für den niederschweligen Einsatz eignet und evidenzbasiert für verschiedene Problembereiche nutzbringend eingesetzt werden kann (Rubak et al., 2005; Miller & Rollnick, 2002). Das Konzept hat sich mittlerweile auch in der Schweiz in der Tabakprävention insbesondere für Erwachsene etabliert (vgl. Projekte Rubrik "Ausstieg" unter www.bag.admin.ch/tabak_praevention) und stösst in einem breiteren Kreis von Fachpersonen aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich auf Interesse.

Als wichtigste Berufsbereiche mit dem grössten Potenzial für KIM4U erwiesen sich einerseits die *institutionellen Schulärztlichen Dienste* und im Feld der Sozialen Arbeit die *Schulsozialarbeit* sowie die *offene Jugendarbeit*. Dieser Befund wurde einerseits deutlich aufgrund der durchgeführten Fokusgruppen, die mit VertreterInnen eines breiten Spektrums von Fachleuten durchgeführt wurden und folgt andererseits aus der Analyse der verfügbaren empirischen Fragebogendaten.

Die medizinischen Privatpraxen (Hausarzt- und Facharztpraxen für Kinder- und Jugendmedizin) eignen sich für die Tabakprävention bei Jugendlichen weniger gut, weil Arztkonsultationen von Jugendliche im Alter zwischen 13- und 16-Jahren relativ selten sind. Dazu kommt, dass niedergelassene Praxisärzte als Kleinunternehmer primär auftragsbezogen arbeiten, dabei ist die Tabakprävention eher zweitrangig. Werden die Jugendlichen bei der Arztkonsultation von den Eltern begleitet, ist eine adäquate Intervention gerade bei verdecktem Tabakkonsum ohnehin kaum möglich.

Die *Schulsozialarbeit* und die *offene Jugendarbeit* ermöglichen niederschwellige und im Vergleich zu den ärztlichen Settings deutlich informellere und dadurch noch alltagsnähere Kontaktformen mit den Jugendlichen. Die Kehrseite der Medaille ist insbesondere bei der offenen Jugendarbeit eine grössere Unverbindlichkeit, was je nach Auftrag und Zielsetzung hohe Anforderungen an die Fachpersonen stellt.

Im Bereich der *Sport- und Freizeitverbände* für Jugendliche steckt für die Tabakprävention ebenfalls ein grosses Potenzial. Das bereits mehrjährige Projekt *Voilà*, das sich an Jugendliche richtet, zeigt, dass präventive und gesundheitsförderliche Massnahmen in Jugendverbänden erfolgreich umgesetzt werden können (www.voila.ch). Weil in den Sport- und Freizeitverbänden die Führungsstrukturen flach und die Entscheidungsmechanismen träge sind, konnten im Rahmen von KIM4U aus Kapazitätsgründen bisher noch keine konkreten Erfahrungen gesammelt werden. Zwischenzeitlich aufgebaute Kontakte zu Swiss Olympic und zu einzelnen Jugendverbänden machten allerdings deutlich, dass ein Interesse daran besteht, Verantwortliche von Freizeit- und Sportvereinen stärker in die Tabakprävention einzubinden.

Kritische Würdigung wichtiger Ergebnisse aus der Wirkungsevaluation

Für die quantitative Evaluation standen insgesamt 126 Datensätze aus der Erstbefragung und 70 Datensätze aus der Zweitbefragung der Jugendlichen zur Verfügung. Der Aussagewert dieser relativ kleinen und durch Selektionsprozesse geprägten Stichprobe ist sicher beschränkt. Dennoch können mit der vorhandenen Datengrundlage wichtige Trends sichtbar gemacht werden. Als Haupteinschlusskriterien für die Projektteilnahme galten ein aktueller Tabakkonsum und die Bereitschaft, das Rauchverhalten in Begleitung einer Fachperson kritisch zu hinterfragen und nach Möglichkeit zu verändern. Die Jugendlichen wurden durch die Fachpersonen im persönlichen Gespräch zur Teilnahme motiviert. Über die Vorgeschichte und Qualität der Beziehung ist nichts bekannt. Gerade im Bereich der Sozialen Arbeit kannten sich die Fachpersonen und Jugendlichen aber zu einem grossen Teil bereits.

Die untersuchte Stichprobe mit einem Durchschnittsalter von 15.2 Jahren zeichnet sich aus durch ein frühes Einstiegsalter in den Tabakkonsum (12.1 Jahre), ein tiefes Alter für tägliches Rauchen (13.5 Jahre), Symptome starker Tabakabhängigkeit und im Vergleich mit repräsentativen Schülerstudien (ESPAD, HBSC) einen starken Tabakkonsum. Die Motivation für eine Verhaltensänderung war am Anfang der Versuchsphase in hohem Mass vorhanden, nur gerade 6% wünschten keine Veränderung.

Auf der Basis der Zweitbefragung (N=70) sind auf der Verhaltensebene folgende Hauptresultate zu verzeichnen: (1) lediglich drei Viertel der Jugendlichen gaben an, faktisch einen Versuch für eine Verhaltensänderung (Rauchstopp bzw. Reduktion) unternommen zu haben (2) lediglich 3 von 70 Jugendlichen (4.3%) bezeichneten sich

nach Projektabschluss als Exraucher (3) die Hälfte der Jugendlichen blieb während maximal 5 Tagen rauchfrei (4) eine Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums fand im "mittleren" Konsumbereich statt, also nicht bei den leichten und sehr starken RaucherInnen.

Der Rauchstopp blieb somit weitgehend aus und es stellt sich die Frage, womit dies zu tun hat. Aus Forschung und Praxis ist bekannt, dass die Reduktion bei Jugendlichen beliebt ist, weil aus der Sicht der Jugendlichen eine Reduktion ein leichter erreichbares Ziel darstellt als der Rauchstopp (Kröger & Piontek, 2005). Auch bei KIM4U wurde der Rauchstopp bei der Erstbefragung lediglich von einem Viertel als Ziel deklariert, die Reduktion hingegen von zwei Dritteln. Dies sollte bei der Bewertung der Befunde sicherlich berücksichtigt werden.

Grundsätzlich besteht für die Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Rauchstoppberatung empirische Evidenz. Gemäss der Meta-Analyse von McDonald et al. (2003) liegt in den wissenschaftlich gut kontrollierten internationalen Studien die Aufhörquote sechs Monate nach Ende der Massnahme bei durchschnittlich 12% für alle untersuchten Ausstiegsprogramme. Im Vergleich hören in den Kontrollgruppen etwa 7% mit dem Rauchen auf. Gemäss Meta-Analyse von Sussman et al. (2006) sind bei Rauchstoppmassnahmen für Jugendliche Effektgrössen von 3.7 bis 4.7% zu erwarten. Die Erfolgsquoten fallen bei Jugendlichen allerdings durchwegs geringer aus als bei Erwachsenen (Kröger & Piontek, 2005).

Aus gesundheitspsychologischer Sicht müssen für eine Verhaltensänderung – und damit auch für einen erfolgreichen und nachhaltigen Rauchstopp – folgende drei Bedingungen erfüllt sein (Schwarzer, 2005): (1) eine genügend starke Absicht für eine Verhaltensänderung (*Intention*) (2) genügend ausgeprägte Kompetenzen, die Verhaltensänderung konkret umzusetzen (*Selbstwirksamkeit*) und (3) den Willen, die Verhaltensänderung längerfristig und auch gegen inneren und äusseren Widerstand aufrechtzuerhalten (*Volition*). Alle drei Faktoren sind bei Jugendlichen entwicklungsbedingt oft noch zu wenig ausgeprägt und überdies starken Schwankungen unterworfen. Hinzu kommt, dass der Gesundheitsaspekt (eine wichtige Einflussgrösse für die Stärke der Intention) im Jugendalter eine geringe oder gar keine Rolle spielt und Peergruppen-Effekte sowie weitere psychosoziale Funktionen des Rauchens im Vordergrund stehen (Amos et al., 2006; Haines et al., 2007).

Vor diesem Hintergrund und mit dem Wissen, dass Jugendliche (ebenso wie Erwachsene) mehrere Rauchstoppversuche unternehmen müssen bis zur Abstinenz, kann es sinnvoll sein, eine Reduktion des Konsums gerade bei starken Rauchern als temporäres Zwischenziel zu akzeptieren und zu würdigen und die psychosozialen Hintergründe des Rauchverhaltens bei der Rauchstoppberatung gezielt mitzuberücksichtigen (Johnson et al., 2005; Kishchuck et al., 2004). Um bei der Verhaltensänderung erfolgreicher zu werden, brauchen die Jugendlichen erstens professionelle Unterstützung, die zweitens optimal auf ihre (persönliche) Situation abgestimmt ist.

Diese Empfehlung wird untermauert durch folgende Befunde aus KIM4U, die mit einer breiteren empirischen Basis in Übereinstimmung stehen (Walden et al., 2007):

- Mehr als die Hälfte der Jugendlichen haben bereits einen oder mehrere Rauchstoppversuche hinter sich
- Die Mehrheit der Jugendlichen begnügt sich mit dem persönlichen Ziel, eine Reduktion des Tabakkonsums und nicht den Rauchstopp zu versuchen
- Die angegebenen Hauptgründe, weshalb nach dem Rauchstoppversuch weitergeraucht wird, betreffen die Abhängigkeit, die fehlende Intention und das Realisieren von Überforderung beim Rauchstoppversuch, die Ratlosigkeit beim weiteren Vorgehen sowie das Rauchverhalten der Peergruppe
- Was das Rauchen anbelangt, nehmen die Jugendlichen die soziale Norm stark verzerrt wahr
- Die Jugendlichen möchten den Rauchstopp primär alleine schaffen und wünschen sich dabei vorwiegend Unterstützung von ihrem Freundes- und Kollegenkreis, also von Personen ihres Alters, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht. Die eigene Familie ist für die Unterstützung eher unerwünscht und das Fehlen von Fachwissen in der Peergruppe wird ignoriert
- Die Bereitschaft, erneut einen Rauchstopp zu versuchen, bleibt nach dem Misserfolg bestehen

Die Peergruppe ist als vertraute Quelle des sozialen Einflusses für die Jugendlichen sehr wichtig und spielt sowohl beim Einstieg in den Tabakkonsum wie auch bei der Tabakentwöhnung eine wichtige Rolle. Dabei sind soziale Vergleichsprozesse, sozialer Status, die Höhe des Konformitätsdrucks, soziale Auswahlverfahren und das Bedürfnis nach Zugehörigkeit wichtig. In diesem Zusammenhang gibt es empirische Evidenz, dass das Rauchverhalten von Peers für die Mitglieder der Peergruppe von Bedeutung ist, wobei der Einfluss von rauchenden Peers auf (noch) nicht rauchende Jugendliche grösser ist als umgekehrt (Kimberly, 2003). Ausserdem kann nicht vorausgesetzt werden, dass das nötige tabakspezifische Gesundheitswissen in der Peergruppe vorhanden ist und von den Mitgliedern der Gruppe adäquat vermittelt werden könnte – eine wichtige Voraussetzung für einen erfolgreichen Ausstieg aus dem Tabakkonsum. Bleibt die kritische Frage, wie gross die intrinsische Motivation von Peergruppen überhaupt ist, den Tabakkonsum zu reduzieren oder zu stoppen angesichts der mit dem Rauchen verbundenen sozialen Ritualen, Imponiergehabe, und Demonstration von Zugehörigkeit.

Auf realistische Weise kann das Bündel an Merkmalen, das für eine erfolgversprechende Rauchstoppberatung erforderlich ist – Wissen, Verbindlichkeit, Glaubwürdigkeit, Alltagsnähe, Vertrautheit und gleichzeitig Unabhängigkeit – nur bei (professionellen) Erwachsenen ausserhalb des familiären Kontextes vorausgesetzt werden.

Diese Voraussetzungen können – wie im Rahmen von KIM4U gezeigt – mit vertretbarem Aufwand an Weiterbildung bei Fachpersonen der medizinischen und psychosozialen Grundversorgung grundsätzlich erfüllt werden.

Anregungen für das weitere Vorgehen

Vor dem Hintergrund des hohen Risikos von frühem Tabakkonsum und der Unterstützungsbedürftigkeit der Jugendlichen bei der Tabakentwöhnung sind niederschwellige präventive Massnahmen von hoher Notwendigkeit. Die evidenzbasierte Methode der Kurzintervention in Kombination mit Motivierender Gesprächsführung ist in flexibler Weise in ärztlichen Settings und auch im Bereich der Sozialen Arbeit anwendbar. Die bisherigen Erfahrungen aus KIM4U zeigen, dass die Akzeptanz dieser Massnahme sowohl bei den Fachpersonen wie auch bei den Jugendlichen gegeben ist. Zu einem hohen Grad wären die Jugendlichen nämlich bereit, bei einem Projekt wie KIM4U erneut mitzumachen. Dabei besteht insofern Verbesserungsbedarf, als dass die persönliche Erfahrung der Jugendlichen mit der Massnahme selber recht kritisch ausfällt.

Bei einer allfälligen Fortsetzung von KIM4U gilt es, die Massnahme konzeptionell zu optimieren und zusätzlich Bereiche mit dem grössten Potenzial prioritär zu berücksichtigen. Im Hinblick auf einen grösseren Interventionserfolg muss auf konzeptioneller Ebene geklärt werden, welche Faktoren in der persönlichen Interaktion mit den Fachpersonen besonders wichtig sind und wie sie wirken. Dabei steht eine vertiefte Untersuchung im Vordergrund was die Stärkung der persönlichen Rauchstoppmotivation, die Verhaltensplanung (Probehandeln, Thematisierung von Gewohnheit und Gruppendruck) und die Rückfallprophylaxe anbelangt. Entsprechende Erkenntnisse müssen in die Weiterentwicklung der Curricula einfließen.

Was den medizinischen Bereich anbelangt, liegt das grösste Potenzial für jugendliche Tabakprävention eindeutig bei den Schulärztlichen Diensten. In den Oberstufenklassen werden flächendeckend jährlich Reihenuntersuchungen durchgeführt, die sich grundsätzlich hervorragend eignen, Früherkennung und Frühintervention bei Tabakkonsum zu betreiben. Dazu kommt, dass die verantwortlichen der städtischen Schulärztlichen Dienste ein reges Interesse am Konzept KI/MI haben. Einschränkend sind folgende zwei Punkte anzumerken: (1) Institutionelle Schulärztliche Dienste gibt es in der Deutschschweiz lediglich in grösseren Zentren, darunter Basel, Bern, St. Gallen und Zürich; in ländlichen Regionen werden in der Regel niedergelassene Ärzte mit schulärztlichen Aufgaben betraut und (2) können SchulärztInnen nur dann Rauchstoppberatung durchführen, wenn ihnen genügend zeitliche Ressourcen für die Interventionen zur Verfügung stehen. Auch die Schulzahnärztlichen Dienste verfügen grundsätzlich über ein grosses Potenzial für niederschwellige Tabakprävention im Rahmen von Reihenuntersuchungen. Jedoch wirken auch in der Schulzahnpflege die vorhandenen Ressourcen limitierend.

Im psychosozialen Bereich besteht gemäss den gemachten Erfahrungen das grösste Potenzial bei der Schulsozialarbeit und bei der offenen Jugendarbeit. Während bei

der offenen Jugendarbeit über kantonale Fachorganisationen flächendeckende Strukturen bestehen, gibt es die institutionelle Schulsozialarbeit analog zu den Schulärztlichen Diensten primär in grösseren Städten, bzw. ist vielerorts im Aufbau begriffen.

Ein grosser Vorteil bei der bevorzugten Berücksichtigung der Schulärztlichen Dienste, der Schulsozialarbeit und der offenen Jugendarbeit besteht darin, dass diese Bereiche mancherorts bereits operativ eng zusammenarbeiten, womit die Chance besteht, für die Rauchberatung Nachhaltigkeit sicherzustellen.

Der erdrückende Nachweis für die gesundheitsschädigende Wirkung des Tabakkonsums stösst mittlerweile auf einen breiten Konsens und die Tabakprävention geniesst in der öffentlichen Diskussion einen hohen Stellenwert. Die auch über die Medien erfolgte Sensibilisierung der Öffentlichkeit scheint einen Wandel der sozialen Norm zu bewirken. Dieser Wertewandel lässt sich auch in der Rauchstoppberatung mit Jugendlichen nutzbringend thematisieren. Im Hinblick auf eine wirksame Tabakentwöhnung der Jugendlichen muss die bewusste Verzahnung von Massnahmen der Verhältnisprävention (rauchfreie Schulen, rauchfreie öffentlichen Räume, optimale Preisgestaltung, Werbebeschränkung, bessere Beachtung des Jugendschutzes) mit Massnahmen der Verhaltensprävention (Aufklärung und Wissensvermittlung, niederschwellige Rauchstoppberatung) zielführend bleiben.

5 Literatur

- Ackermann-Liebrich U, Paccaud F, Gutzwiller F, Stutz Steiger T* (2002). Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa). Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen.
- Amos A, Wiltshire S, Haw S, Mc Neill A* (2006). Ambivalence and uncertainty: experiences of and attitudes towards addiction and smoking cessation in the mid-to-late teens. *Health Education Research* 21(2): 181-91.
- BAG-Bulletin* (20/2005).
- Chen J* (2003). Age at diagnosis of smoking-related disease. *Health Reports* 14(2): 9-19.
- Chinet LE, Broers B, Humair J, Narring O* (2006). Youth Smoking Cessation: An Update for Primary Care Physicians. *Substance Use and Misuse* 41: 1251-61.
- DiClemente C, Schlundt D, Gemmel L* (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addiction* 13: 103-19.
- DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, et al.* (2002). Measuring the Loss of Autonomy Over Nicotine Use in Adolescents: The DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156(4): 397-403.
- DiFranza JR, Savageau J, Rigotti N, Fletcher K, Ockene J, McNeill A* (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control* 11(3): 228-35.
- Dino G, Kamal K, Horn K, Kalsekar I, Fernandes A* (2004). Stage of change and smoking cessation outcomes among adolescents. *Addictive Behaviors* 29(5): 935-40.
- Gervais A, O'Loughlin J, Meshefedjian G, Bancej C, Tremblay M* (2006). Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. *CMAJ* 175(3): 255-61.
- Gmel G, Rehm J, Kuntsche E, Wicki M, Grichting E* (2004). European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse 2003 und aktuelle Empfehlungen. Lausanne & Zürich: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Guggisberg C, Steffen T, Schenk D* (2007). Gesundheit von Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt: Ergebnisse der Schülerbefragung 2006: Gesundheitsförderung und Prävention Basel-Stadt.
- Haines RJ, Fischer B, Rehm J* (2007). Understanding and preventing the multi-fold health problem of smoking in youth: The role of socioeconomic status, depressive symptoms and cultural factors. A critical literature review (No. 215 C). Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction.
- Johnson J, Ratner P, Tucker R, Bortoff J, Zumbo B, Prachin K* (2005). Development of a multidimensional measure of tobacco dependence in adolescence. *Addictive Behaviours* 30(3): 501-15.
- Keller R, Krebs H, Hornung R* (2006). Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in den Jahren 2001 bis 2005. Tabakmonitoring - Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit - Fachstelle Tabakpräventionsfond. Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Kimberly K* (2003). Peers and adolescent smoking. *Addiction* 98(Suppl 1): 37-55.
- Kishchuck N, Tremblay M, Lapierre J, Heneman B, O'Loughlin J* (2004). Qualitative investigation of young smokers' and ex-smokers' views on smoking cessation methods. *Nicotine & Tobacco Research* 6(3): 491-500.
- Klein JD* (2006). Adolescents and smoking: The first puff may be the worst. *CMAJ* 175(3): 262-63.
- Krebs H* (1999). Motivstudie Rauchen. Die Rauchgewohnheiten und deren Hintergründe bei 13- bis 19-jährigen Jugendlichen in der Deutsch- und Westschweiz. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Tabakprävention AT Schweiz und des Bundesamtes für Gesundheit: Zürich.

- Kröger C, Piontek D (2005). Wirksamkeit von Tabakpräventionsprogrammen und Ausstiegshilfen für jugendliche Raucher. In: Schneider R ed., Informationsdienst zur Suchtprävention (17). Stuttgart: Regierungspräsidium Abt. Schule und Bildung: 47-55.
- Lohaus A, Jerusalem M, Klein-Hessling J (2006). Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.
- McCambridge J, Strang J (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 99(1): 39-52.
- McDonald P, Colwell B, Backinger C, Husten C, Maile C (2003). Better Practices for Youth Tobacco Cessation: Evidence of Review Panel. *American Journal of Health Behavior* 27(S2): 144-58.
- McEwen A, Hajek P, McRobbie H, West R (2006). *Manual of Smoking Cessation*. Oxford u.a.: Blackwell Publishing.
- Miller WR, Rollnick S (2002). *Motivational Interviewing: Prepare People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Molyneuy A, Lewis S, Coleman T, McNeill A, Godfrey C, Madeley R, et al. (2006). Designing smoking cessation for school-age smokers: A survey and qualitative study. *Nicotine & Tobacco Research* 8(4): 539-46.
- Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergun P (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 97: 279-92.
- Poikolainen K (1999). Effectiveness of Brief Interventions to Reduce Alcohol Intake in Primary Health Care Populations: A Meta-Analysis. *Preventive Medicine* 28(5): 503-09.
- Prochaska J, DiClemente C (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 390-95.
- Prochaska J, DiClemente C (1992). Transtheoretical Therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19: 276-88.
- Rehm J, Schnoz D, Sulkowska U, Patra J, Chisholm D (2007). Comparative analysis of cost-effectiveness of evidence-based measures to reduce smoking-attributable mortality in Switzerland (No. 226). Zürich: Institut für Sucht und Gesundheitsforschung.
- Rist F, Demmel R, Hapke U, Kremer G, Rumpf H (2004). Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. *Sucht* 2: 102-12.
- Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 55: 305-12.
- Russel M (1990). The nicotine addiction trap: a 40-year sentence for four cigarettes. *British Journal of Addiction* 85(2): 293.
- Schmid H (2001). Predictors of cigarette smoking by young adults and readiness to change. *Substance Use and Misuse* 36(11): 1519-42.
- Schmid H, Delgrande JM, Kuntsche E, Kuendig H, Annaheim B (2007). Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Schmid H, Gmel G, Jaquat J (1999). Neue epidemiologische Befunde zum Rauchen in der Schweiz. *Suchtmagazin* 25(5): 3-13.
- Schwarzer RE (2005). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Steier J, Konietzko N (2007). Tabakentwöhnung. Aktuelle Entwicklungen und evidenzbasierte Empfehlungen. *Pneumologie* 4: 121-32.
- Stephens R, Roffman R, Curtin L (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 898-908.
- Stoll B, Daepfen J, Decrey Wick H (1999). Die Kurzintervention: eine gezielte Beratung von Patienten mit übermäßigem Alkoholkonsum. *Praxis* 88: 1699-704.

- Sussman S, Sun P, Dent CW* (2006). A Meta-Analysis of Teen Cigarette Smoking Cessation. *Health Psychology* 25(5): 549-57.
- Walden K, Bölcskei PL, Will A, Heusinger A, Moldovan M* (2007). Tabakentwöhnung in Schulen - welche Unterstützung wünschen sich Jugendliche? Eine Befragung an Berufsbildenden Schulen. *Sucht* 53(3): 153-59.
- West R* (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction* 100(8): 1036-39.
- WHO* (1996). A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health* 86: 948-55.
- WHO* (2002). Prevention of psychoactive substance use - selected review of waht works in the area of prevention. Geneva: World Health Organisation.