



# **Vorstudie und Bedarfsanalyse für die Entwicklung eines integrativen Rauchstopp-Programms für Tabakkonsumentinnen und Tabakkonsumenten, die auch Cannabis konsumieren**

Ausführlicher Schlussbericht

**Ines Quinteros-Hungerbühler**

MSc Psychologie, wissenschaftliche Mitarbeiterin

**Michael Schaub**

Dr. phil., Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, Forschungsleiter

**Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF**

Konradstrasse 32, Postfach

8031 Zürich

Tel. +41 (0)44 448 11 60, [www.isgf.ch](http://www.isgf.ch)

Zürich, Oktober 2010

**Finanziert durch den Tabakpräventionsfonds, Verfügung Nr. 09.008182**

## Inhalt

|       |                                                                                                                              |    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.    | Einleitung.....                                                                                                              | 11 |
| 1.1   | Epidemiologie .....                                                                                                          | 11 |
| 1.2   | Angaben zu Rauchstopp-Therapien.....                                                                                         | 12 |
| 1.3   | Tabakkonsum als Einstieg für regelmässigen Cannabiskonsum und vice versa.....                                                | 13 |
| 1.4   | Integrative Tabakrauchstopp-Programme .....                                                                                  | 13 |
| 2.    | Fragestellungen .....                                                                                                        | 15 |
| 3.    | Methodik .....                                                                                                               | 16 |
| 4.    | Ergebnisse .....                                                                                                             | 17 |
| 4.1   | Interviews mit Fachpersonen .....                                                                                            | 17 |
| 4.1.1 | Zusammenfassung der Fachpersoneninterviews .....                                                                             | 17 |
| 4.1.2 | Zusammenhang zwischen Tabak- und Cannabiskonsum .....                                                                        | 18 |
| 4.1.3 | Beurteilung des Bedarfs für ein integratives Angebot .....                                                                   | 19 |
| 4.1.4 | Ausgestaltung eines integrativen Angebotes .....                                                                             | 20 |
| 4.1.5 | Setting eines integrativen Angebotes.....                                                                                    | 21 |
| 4.1.6 | Vorteile und Nachteile eines integrativen Angebotes.....                                                                     | 22 |
| 4.1.7 | Gründe, weshalb bis anhin noch keine entsprechende nationale oder internationale Interventionsstudie durchgeführt wurde..... | 22 |
| 4.2   | Fokusgruppen mit Konsumierenden .....                                                                                        | 23 |
| 4.2.1 | Zusammenfassung der Fokusgruppenergebnisse .....                                                                             | 23 |
| 4.2.2 | Zusammenhang zwischen Tabak- und Cannabiskonsum .....                                                                        | 24 |
| 4.2.3 | Konsumverhalten und -gründe.....                                                                                             | 25 |
| 4.2.4 | Mögliche Ausstiegsgründe .....                                                                                               | 26 |
| 4.2.5 | Eigene Rauchstopperfahrungen .....                                                                                           | 26 |
| 4.2.6 | Allgemeine Beurteilung eines integrativen Angebotes .....                                                                    | 26 |
| 4.2.7 | Ausgestaltung eines integrativen Angebotes .....                                                                             | 27 |
| 4.2.8 | Mögliche Zielgruppe(n) .....                                                                                                 | 28 |
| 4.3   | Online-Befragung.....                                                                                                        | 28 |
| 4.3.1 | Zusammenfassung Ergebnisse der Online-Befragung .....                                                                        | 28 |
| 4.3.2 | Stichprobenbeschreibung.....                                                                                                 | 28 |
| 4.3.3 | Konsumverhalten .....                                                                                                        | 29 |
| 4.3.4 | Rauchstopperfahrungen .....                                                                                                  | 29 |
| 4.3.5 | Beurteilung, Bedarf und Ausgestaltung eines integrativen Angebotes .....                                                     | 31 |
| 5.    | Triangulation der Ergebnisse aus den methodischen Zugängen .....                                                             | 33 |

|       |                                                                                  |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.    | Empfehlungen .....                                                               | 34 |
| 6.1   | Empfehlungen für bestehende Tabakrauchstopp-Angebote .....                       | 34 |
| 6.2   | Empfehlungen für bestehende Cannabisrauchstopp-Angebote .....                    | 34 |
| 6.3   | Empfehlungen für die Ausgestaltung eines integrativen Rauchstopp-Angebotes ..... | 34 |
| 6.3.1 | Bekanntmachung und Setting .....                                                 | 34 |
| 6.3.2 | Inhaltliche Aspekte .....                                                        | 36 |
| 7.    | Danksagung .....                                                                 | 38 |
| 8.    | Literatur .....                                                                  | 39 |

## Zusammenfassung

Hintergrund: Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass ein wesentlicher, wenn auch vielschichtiger Zusammenhang zwischen Tabak- und Cannabiskonsum besteht. So liegt der Cannabiskonsum bei den täglich Tabakrauchenden in der Schweiz bei 25% und somit höher als bei den nicht-täglich Tabakrauchenden. Daneben gibt es Forschungsergebnisse zu Ausstiegsprogrammen für Tabak- bzw. Cannabiskonsum die zeigen, dass sich der Konsum der jeweils im Rauchstopp-Angebot nicht explizit zur Abstinenz beabsichtigten Substanz während eines Rauchstopps oft verstärkt und dies zu Problemen für betroffene Individuen während des Angebotes führen kann. Es erstaunt deshalb etwas, dass national wie auch international sowohl in Rauchstopp-Angeboten für Tabak-, als auch für Cannabiskonsum diesen Problemen noch unzureichend Rechnung getragen wird. Zudem stellt sich die Frage, ob nicht sogar für eine bestimmte Population von tabakabhängigen, gelegentlich auch Cannabis konsumierenden Personen ein integratives Rauchstopp-Angebot sinnvoller und allenfalls auch bei dieser Population erfolgreicher wäre.

Fragestellung: Ziel dieser Vorstudie war es, den Bedarf und die Grundlagen für ein potentielles Rauchstopp-Programm für tabakabhängige Personen zu erarbeiten, die zudem einen regelmässigen Konsum von Cannabis aufweisen. Dabei wurde zum einen der Tabak- und Cannabiskonsum und zum anderen das Rauchstopp-Verhalten solcher Konsumierenden beschrieben. Hierzu gehörte vor allem die Analyse des Tabak- und Cannabiskonsums, eine Analyse der Bedürfnisse, der Präferenzen sowie der Erfahrungen mit Rauchstopp-Programmen für Tabak (resp. Cannabis) – bei ehemaligen Besucherinnen und Besuchern von Rauchstopp-Kursen sowie bei solchen Konsumierenden, die noch nie ein Rauchstopp-Angebot für Tabak oder Cannabis nutzten.

Methodik: Die Fragestellungen wurden in der vorliegenden Vorstudie anhand einer Kombination von qualitativen und quantitativen Verfahren untersucht. So wurden einerseits strukturierte qualitative Interviews im Rahmen von Fokusgruppen mit ehemaligen Besuchern von Rauchstopp-Kursen für Tabak und Cannabis durchgeführt und ausgewiesene Expertinnen und Experten aus der Tabak- und Cannabisprävention mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund in strukturierten qualitativen Interviews befragt. Basierend auf diesen Erkenntnissen wurde anschliessend zur Quantifizierung der Problematik sowie zur Identifizierung allfälliger Subgruppen und deren Bedarf nach einem integrativen Rauchstopp-Programm eine Online-Befragung bei Tabak- und Cannabiskonsumierenden durchgeführt.

Ergebnisse: Die Mehrheit der an der Online-Befragung Teilnehmenden rauchte täglich Tabak und in den letzten sieben Tagen oder drei Monaten Cannabis. Wie auch die Teilnehmenden der Fokusgruppen, hatten die meisten online Befragten bereits Erfahrung mit Rauchstopp-Versuchen, jedoch nicht vor, in der nächsten Zeit aus dem Tabak- und/oder Cannabiskonsum auszusteigen. Die Befunde aus den Fokusgruppen und der online Befragung zeigten, dass sich sowohl die Gründe weshalb konsumiert wird als auch mögliche Ausstiegsgründe zwischen den beiden Substanzen unterscheiden. Insgesamt und im Gegensatz zu den Ergebnissen der Fokusgruppen, welche sich aufgrund des Rekrutierungsvorgehens aus Personen zusammensetzten, die sich bereits vermehrt mit der Thematik auseinander gesetzt haben, scheint das Wissen über den Zusammenhang zwischen Tabak- und Cannabiskonsum bei vielen online Befragten kaum vorhanden bzw. gering zu sein. Dies könnte eine mögliche Erklärung dafür sein, weshalb die Mehrheit der Befragten angab, nicht bereit für einen Doppelausstieg zu sein bzw. bei einem Ausstiegsversuch in der Vergangenheit gewesen zu

sein. Der vielfältige Zusammenhang zwischen den beiden Substanzen wurde aber in der vorliegenden Studie unter anderem dadurch ersichtlich, dass häufig berichtet wurde, dass nach dem Rauchstopp der Konsum der jeweils reziproken Substanz zunahm. Ausserdem waren die meisten online Befragten, wie auch die Fachpersonen und Fokusgruppen, generell der Meinung, dass ein Bedarf nach einem integrativen Angebot besteht. Ebenfalls stimmten alle überein, dass bei der Ausgestaltung eines solchen integrativen Programms im Vergleich zu bestehenden Rauchstopp-Angeboten einige Aspekte wie medizinische, psychiatrische oder psychotherapeutische Unterstützungsmassnahmen stärker gewichtet sowie alternative Entspannungsmöglichkeiten zusätzlich integriert werden sollten.

Empfehlungen: Bestehende Tabak- und Cannabisrauchstopp-Angebote sollten vermehrt auch auf die jeweils andere Substanz eingehen. Dabei, und auch bei einem integrativen Angebot, ist es wichtig, dass eine werteneutrale, offene und nicht-moralisierende Grundhaltung eingenommen wird. Aufgrund des doppelten Konsumausstiegs und der allgemein höheren Komplexität angesichts der gleichzeitigen Behandlung von zwei Substanzabhängigkeiten, sollte ein integratives Angebot ergänzend eine umfassende (medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische) Unterstützung für die Teilnehmenden anbieten. Des Weiteren empfehlen sich Anpassungen bezüglich Bekanntmachung und Setting. So scheint es beispielsweise naheliegend, sich vorerst auf die Konsumentengruppe von über 25-Jährigen zu konzentrieren, neben dem Gruppensetting bei Bedarf auch Einzelsitzungen anzubieten sowie vor allem bei jüngeren Konsumierenden das soziale Umfeld vermehrt in die Behandlung zu integrieren und sicherzustellen, dass Kursleitende über entsprechende Kenntnisse zur komplexen Situation verfügen. Inhaltliche Anpassungen betreffen vor allem die zu Beginn durchgeführte Psychoedukation, in deren Rahmen der Zusammenhang zwischen dem Tabak- und Cannabiskonsum ausführlich thematisiert werden sollte.

## **Étude préliminaire et analyse de la nécessité de développer, pour les consommateurs de tabac qui consomment aussi du cannabis, un programme d'arrêt de consommation intégratif**

### **Résumé**

Contexte : les enquêtes épidémiologiques montrent qu'il existe un lien fondamental, même s'il est profondément complexe, entre la consommation de tabac et la consommation de cannabis. Le pourcentage de consommateurs de cannabis parmi les consommateurs quotidiens de tabac en Suisse, qui s'élève à 25 %, est supérieur à celui observé parmi les personnes qui ne consomment pas quotidiennement du tabac. En outre, des recherches menées sur des programmes d'arrêt de la consommation de tabac ou de cannabis montrent que souvent, la consommation de la substance qui n'est pas explicitement visée par le programme est renforcée durant celui-ci, un effet susceptible d'occasionner des problèmes aux personnes qui suivent le programme. Il est donc pour le moins surprenant de constater qu'au niveau national comme au niveau international, dans les programmes d'arrêt du tabac comme dans ceux d'arrêt du cannabis, ces problèmes n'éveillent pas encore un intérêt suffisant. La question se pose même de savoir si, pour une certaine population dépendante du tabac, qui est occasionnellement également consommatrice de cannabis, un programme intégratif d'arrêt de la consommation ne serait pas plus judicieux, voire plus efficace.

Problématique : cette étude préalable a pour but de se pencher sur la nécessité et l'opportunité d'un programme d'arrêt de consommation pour les personnes dépendantes du tabac qui sont également consommatrices régulières de cannabis. Pour ce faire, elle a décrit la consommation de tabac et de cannabis d'une part et le comportement des personnes consommatrices de ces deux substances durant le programme d'arrêt d'autre part, notamment en analysant la consommation de tabac ou de cannabis, les besoins, les préférences ainsi que les programmes d'arrêt de la consommation de tabac ou de cannabis suivis ou non par les personnes ayant déjà suivi ou non des cours d'arrêt de la consommation de tabac ou de cannabis.

Méthode : la démarche retenue pour cette étude préalable était à la fois qualitative et quantitative : d'abord, une double série d'entretiens qualitatifs structurés a été menée auprès de groupes cibles constitués de personnes ayant déjà suivi des cours d'arrêt de la consommation de tabac et de cannabis d'une part, et de spécialistes reconnus, aux parcours professionnels différents, de la prévention du tabagisme et de la prévention de la consommation de cannabis, d'autre part. Les résultats de ces entretiens ont servi de base à une enquête en ligne, menée auprès de consommateurs de tabac et de cannabis pour quantifier la problématique et pour identifier, le cas échéant, des sous-groupes de population ainsi que les besoins spécifiques de ces sous-groupes par rapport à un programme intégratif d'arrêt de la consommation.

Résultats : une majorité des personnes sondées en ligne fumait quotidiennement du tabac et avait fumé du cannabis au cours des sept jours ou des trois mois précédant le moment de l'enquête. Tout comme les personnes des groupes cibles, la majorité des personnes interrogées en ligne avait déjà essayé d'arrêter sa consommation, sans toutefois prévoir d'arrêter sa consommation de tabac et/ou de cannabis. Il résulte de l'enquête, menée aussi bien auprès des groupes cibles qu'en ligne, que les raisons de la consommation, tout comme les raisons d'un arrêt éventuel de cette consommation, diffèrent pour les deux substances. A la différence des résultats des groupes cibles – étant précisé que les membres de ces groupes cibles, étant donné le recrutement, avaient déjà eu l'occasion de s'interroger sur la problématique, il apparaît globalement que nombre des personnes interrogées en ligne ne sont guère, voire pas du tout conscientes du lien entre consommation de tabac et consommation de cannabis, ce qui pourrait expliquer en partie pourquoi dans leur majorité, les personnes interrogées indiquaient ne pas être prêtes pour un double arrêt ou ne pas l'avoir été lors d'une tentative d'arrêt préalable. Or, cette étude met en lumière les interdépendances entre les deux substances, notamment par le fait que ses participants ont fréquemment rapporté que leur consommation de la seconde substance avait augmenté après l'arrêt de la consommation de la première. De plus, la majorité des personnes interrogées en ligne, ainsi que les spécialistes et les membres des groupes cibles, estimaient généralement qu'une offre intégrative s'imposait. Chacun s'accordait également à dire qu'il convenait qu'un tel programme intégratif soit conçu en accordant une plus large place que dans les programmes existants à des aspects tels qu'un accompagnement médical, psychiatrique ou psychothérapeutique, et en intégrant de surcroît des méthodes de relaxation diverses et variées.

Recommandations : il est recommandé que les programmes qui proposent l'arrêt de la consommation de tabac ou de cannabis tiennent plus largement compte de l'autre substance. Il importe que l'attitude adoptée, y compris dans le cadre d'une offre intégrative, soit non moralisatrice, ouverte et exempte de jugements de valeurs. Il convient, compte tenu du double arrêt de la consommation et de la complexité plus forte qu'implique le traitement simultané d'une

dépendance à deux substances, qu'une offre intégrative propose aux participants un appui complet (médical, psychiatrique et psychothérapeutique). Enfin, l'information et le cadre demandent à être ajustés : il semble notamment évident que les consommateurs de plus de 25 ans soient d'abord ciblés, que des séances individuelles soient proposées en sus des réunions de groupes, que l'environnement social soit intégré dans la démarche de traitement, plus particulièrement pour les consommateurs jeunes, ou encore que les responsables de cours disposent des connaissances leur permettant de faire face à des situations complexes. Pour ce qui est des ajustements de contenu, il est fait référence plus particulièrement à une formation psychologique dispensée en début de programme, qui aborde de manière approfondie les liens entre consommation de tabac et consommation de cannabis.

## **Studio preliminare e analisi dei fabbisogni per lo sviluppo di un programma integrato per smettere di fumare indirizzato ai fumatori di tabacco che fanno uso anche di canapa.**

### **Riassunto**

Retroscena: alcune analisi epidemiologiche dimostrano l'esistenza di una correlazione importante ed estremamente complessa tra il consumo di tabacco e quello di canapa. In Svizzera il consumo di canapa è del 25% tra i fumatori regolari (che fumano ogni giorno) ed è dunque maggiore rispetto ai fumatori occasionali. Inoltre esistono dei risultati di ricerche riguardanti i programmi per smettere di fare uso di tabacco, risp. di canapa che dimostrano che in un'offerta per smettere di fumare, il consumo della sostanza in questione non sfocia in modo esplicito nell'astinenza bensì aumenta considerevolmente durante questo periodo, creando potenzialmente diversi problemi per le persone coinvolte nel trattamento. Per questa ragione sorprende il fatto che a livello nazionale e internazionale non si tenga sufficientemente conto di questo tipo di problemi nelle offerte per smettere di fumare tabacco rispettivamente canapa. Inoltre ci si chiede se non sarebbe più sensato avere addirittura un programma integrato per smettere di fumare indirizzato ad una determinata parte di popolazione di persone dipendenti da tabacco e che consumano occasionalmente anche canapa, e se questo non porterebbe maggiori risultati proprio a queste persone.

Problematica: obiettivo di questo studio preliminare era quello di elaborare il bisogno e le basi per un programma potenziale per smettere di fumare indirizzato alle persone tabacco-dipendenti, che fanno inoltre uso regolare di canapa. Sono stati così descritti da un lato il consumo di tabacco e di canapa e dall'altro il comportamento adottato da questi consumatori quando decidono di smettere di fumare. A questo proposito è stata fatta un'analisi del consumo di tabacco e canapa, un'analisi dei bisogni, delle preferenze e delle esperienze fatte con i programmi per smettere di fumare (tabacco e canapa) – da parte di persone che hanno frequentato un corso per smettere di fumare e da parte di quei consumatori che non hanno ancora usufruito di un'offerta del genere (sia per quanto riguarda il tabacco sia la canapa).

Metodologia: in questo studio preliminare le questioni fondamentali sono state analizzate in base ad una combinazione di procedure qualitative e quantitative. Sono state così effettuate delle interviste

strutturate in maniera qualitativa all'interno di gruppi specifici formati da persone che avevano frequentato un corso per smettere di fumare (tabacco e canapa) e sono stati interpellati numerosi esperti attivi nella prevenzione dell'uso di tabacco e canapa provenienti da ambienti professionali diversi. Sulla base di questi risultati è stata inoltre svolta un'inchiesta online tra i consumatori di tabacco e canapa per poter quantificare la problematica ed identificare tutti i sotto-gruppi e i loro fabbisogni con l'obiettivo di avere un programma integrato per smettere di fumare.

Risultati: la maggioranza dei partecipanti all'inchiesta online aveva fumato giornalmente delle sigarette e negli ultimi sette giorni o tre mesi, canapa. Come i partecipanti dei gruppi specifici, anche i partecipanti al sondaggio online avevano già al loro attivo dei tentativi di smettere di fumare, ma non avevano peraltro intenzione di interrompere il loro consumo di tabacco e/o canapa nell'immediato futuro. I risultati ricavati dai gruppi specifici e dal sondaggio online hanno dimostrato che sia i motivi per cui si consumano queste sostanze sia i possibili motivi per smettere di farne uso sono differenti a seconda della sostanza in questione.

Complessivamente e contrariamente ai risultati dei gruppi specifici che erano composti da persone che si erano già più volte occupate della tematica, sembra che le conoscenze riguardanti una correlazione tra il consumo di tabacco e quello di canapa da parte delle persone intervistate online siano piuttosto vaghe, risp. molto scarse. Questo potrebbe essere una possibile spiegazione del perché la maggior parte degli intervistati abbia detto di non essere pronta a smettere di fumare contemporaneamente tabacco e canapa, risp. non lo sia stata in passato. La molteplice correlazione tra le due sostanze è peraltro risultata chiara nel presente studio anche perché è stato più volte accennato che dopo aver smesso di fumare, è aumentato il consumo della sostanza reciproca. Inoltre la maggioranza degli intervistati online, come peraltro gli specialisti e i membri dei gruppi specifici, erano dell'opinione che esista un vero e proprio bisogno di avere un'offerta integrata per poter affrontare la tematica legata all'interruzione del fumo. Tutti hanno inoltre concordato che nell'elaborare un programma del genere, rispetto alle offerte esistenti per poter smettere di fumare, dovrebbe essere dato maggior peso a delle misure d'accompagnamento mediche, psichiatriche o psicoterapeutiche e vadano inoltre integrate delle opportunità di rilassamento alternative.

Suggerimenti: le offerte attuali per poter interrompere il consumo di tabacco e canapa dovrebbero indirizzarsi maggiormente ad entrambe le sostanze (cioè in caso di interruzione di tabacco, si dovrebbe includere maggiormente la canapa e viceversa). Inoltre anche in un'offerta integrata è fondamentale che vi sia un atteggiamento neutro, aperto e non moralistico. Proprio perché in presenza di un doppio lavoro per poter smettere di consumare due sostanze e grazie alla maggiore complessità del trattamento in contemporanea di due dipendenze, si dovrebbe poter contare su un'offerta integrata che contempli un sostegno complessivo (medico, psichiatrico e psicoterapeutico) all'indirizzo dei partecipanti. Inoltre si consiglia di approntare delle modifiche per quanto riguarda la pubblicazione e il setting terapeutico. Appare perciò ovvio concentrarsi per prima cosa sul gruppo di consumatori di oltre 25 anni, offrire in caso di bisogno oltre al setting di gruppo delle sedute individuali, come pure, soprattutto per quanto riguarda i consumatori più giovani, integrare maggiormente il loro contesto sociale nel trattamento, garantendo che le persone che tengono i corsi siano correttamente informati sulla complessità della situazione. Per quanto riguarda gli aggiornamenti contenutistici, questi riguardano soprattutto l'educazione psicologica affrontata

all'inizio delle terapie, nel cui ambito vanno affrontate più in profondità le correlazioni tra il consumo di tabacco e quello di canapa.

## Preliminary study and demand analysis for the development of an integrative smoking cessation group therapy for combined smokers of cannabis and cigarettes

### **Abstract**

Background: Recent epidemiological studies have shown a complex but significant interrelationship between tobacco and cannabis use. The use of cannabis in daily tobacco smokers in Switzerland is higher than in non-daily tobacco smokers (for adolescents and young adults: 25% versus 15%). Also, research on smoking cessation programs (tobacco or cannabis) revealed a balancing effect as an obstructive factor, where the cessation of tobacco seemed to increase the use of cannabis and vice versa. The lack of awareness for this fact in national and international smoking cessation programs for cannabis or tobacco is remarkable.

Aim: The aim of this preliminary study was to establish the need and basis for a potential smoking cessation program for tobacco-dependent individuals who also regularly consume cannabis. Therefore, tobacco and cannabis consumption patterns as well as smoking cessation behaviors were determined. This particularly included the analysis of tobacco and cannabis use, an analysis of needs, and preferences and experiences with smoking cessation programs for tobacco (or cannabis) in both individuals who have participated in a smoking cessation program before or not.

Methodology: A combination of qualitative and quantitative methods was used. Initially, structured qualitative interviews were carried out in focus groups with former participants of smoking cessation courses for tobacco or cannabis and with qualified experts from the tobacco and cannabis prevention field with diverse professional backgrounds. Based on these findings, an online survey on tobacco and cannabis users was conducted to identify the set of problems and possible subgroups as well as their need for an integrative smoking cessation program.

Results: The majority of participants in the online survey was daily tobacco smokers and has smoked cannabis in the past seven days or three months. Most respondents in the focus groups and the online survey have attempted to quit smoking at least once, but were not planning on doing so (tobacco and/or cannabis) in the near future. Smoking motives as well as possible smoking cessation motives differ for the two substances. Overall, most participants in the online survey knew little or were not aware of the link between tobacco and cannabis use (in contrast to the focus groups, which were composed of individuals who have increasingly dealt with the subject matter). This is a possible explanation why the majority of respondents was not willing to endorse a combined smoking cessation. Also in this study, a balancing effect, where the cessation of one substance increased the use of the reciprocal substance, was shown. Moreover, most of the online respondents as well as the experts and focus groups generally believe that there is a need for an integrative smoking cessation program with, in contrast to existing programs, an increased integration of medical, psychiatric and psychotherapeutic assistance as well as alternative relaxation techniques.

Recommendations: Existing smoking cessation programs necessarily need to focus more on the reciprocal substance. Overall, it is important to take an impartial, open-minded and non-moralistic attitude. Due to a cessation of two substances and therefore a higher complexity given a simultaneous treatment of potentially two substance dependencies, an integrative program should additionally offer a comprehensive (medical, psychiatric and psychotherapeutic) support for participants. In addition, we recommend adjusting the advertisement, introduction and setting. For instance, it would make sense to focus on certain consumer groups (e.g., over 25 years of age), to offer personal sessions next to group sessions, to integrate the social environment (especially for younger participants), and to ensure that course instructors possess sufficient knowledge about the complexity of a double cessation. Content adjustments should primarily focus on the introductive psycho-education, where the interrelationship between tobacco and cannabis consumption should be discussed.

# 1. Einleitung

## 1.1 Epidemiologie

Sowohl der Tabak- als auch der Cannabiskonsum der Schweizer Wohnbevölkerung sind in den letzten Jahren gesunken: Lag der Anteil der Tabakrauchenden im Jahr 2001 noch bei 33%, so rauchten 2008 nur noch 27% der Schweizer Bevölkerung Tabak, wobei die Anteile sowohl bei beiden Geschlechtern als auch in allen Alterskategorien zurückgegangen waren (Keller et al. 2009). Der Anteil der Tabakrauchenden war 2008 mit 30% bei den Männern signifikant höher als bei den Frauen, von denen 24% rauchten (Keller et al. 2009). Bei beiden Geschlechtern war der Tabakraucheranteil in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen am höchsten, wo er bei 40% bei den Männern und 36% bei den Frauen lag (Keller et al. 2009). In Bezug auf den Cannabiskonsum zeigte sich bei der Schweizer Bevölkerung im Alter von 13 bis 29 Jahren ein Rückgang des Anteils der aktuell Konsumierenden (mind. einmal in den letzten 6 Monaten vor der Befragung) zwischen 2004 und 2007 von 13.3% auf 11.2% (Arbeitsgruppe Cannabismonitoring 2008). Statistisch signifikant war der Rückgang jedoch nur bei den 16- bis 24-Jährigen und in der Gruppe der Männer, bei denen der Anteil an Cannabis-Konsumierenden von 17.8% auf 15.3% abgenommen hat (Arbeitsgruppe Cannabismonitoring 2008). Bei den Frauen konsumierten im Jahr 2004 8.6% und im Jahr 2007 6.9% jeweils zum Zeitpunkt der Befragung Cannabis (Arbeitsgruppe Cannabismonitoring 2008). Betrachtet man verschiedene Altersgruppen aber separat, so fällt auf, dass im gleichen Zeitraum in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen sowohl die Lebenszeit- als auch die Punktprävalenzrate angestiegen waren (Arbeitsgruppe Cannabismonitoring 2008). Trotz des Konsumrückgangs der Schweizer Gesamtbevölkerung nimmt die Schweiz im europäischen Cannabiskonsumvergleich immer noch einen der vordersten Plätze ein (EMCCDA 2008).

Im Rahmen des Tabakmonitorings bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (von 14 bis 19 Jahren) wurden bezüglich des Cannabiskonsums zudem statistisch bedeutsame Unterschiede in Abhängigkeit vom Tabakraucherstatus gefunden: Von denjenigen, die täglich rauchten, konsumierten zum Zeitpunkt der Befragung 25% Cannabis, bei den nicht-täglich rauchenden Jugendlichen waren es hingegen nur 15% (Radtko et al. 2008). International wird davon ausgegangen, dass rund 10% der regelmässigen Cannabis User einen schädlichen Gebrauch respektive Abhängigkeitsprobleme von Cannabis entwickeln (Copeland et al. 2009), wie sehr dies auf die Schweiz zutrifft, ist noch nicht schlüssig geklärt. Bei täglichem Cannabiskonsum entwickelt etwa jede zweite Person Abhängigkeitsprobleme und bei Jugendlichen, welche vor dem Alter von 15 Jahren beginnen Cannabis zu konsumieren, ist das Risiko zudem noch wesentlich höher (Anthony 2006). Bei Personen mit Cannabisabhängigkeit bestehen ein starker Wunsch nach Cannabiskonsum, Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren und ein anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen. Dem Cannabiskonsum wird zudem Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Das Risiko eine Tabakabhängigkeit zu entwickeln wird im Gegensatz zu einer Cannabisabhängigkeit in amerikanischen Studien als rund dreimal höher bei regelmässigem Konsum geschätzt (Anthony 2002).

Die Prävalenzraten des Tabakrauchens sind je nach Migrationshintergrund sehr unterschiedlich. Bei vielen Migrationsgruppen sind die Raten verglichen mit der schweizerischen Bevölkerung deutlich höher, während sie bei anderen Subgruppen verschwindend klein ausfallen (Bundesamt für Gesundheit 2008, 2009). Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung der Raucheranteile stellen die türkischen Frauen mit einer Prävalenzrate von 42% den stärksten Anteil an Raucherinnen unter der

Migrationsbevölkerung. Bei den türkischen Männern raucht mit einem Anteil von 53% Rauchern sogar mehr als die Hälfte (Bundesamt für Gesundheit 2008, 2009). Über die Prävalenzraten zu Cannabiskonsum in der Migrationsbevölkerung sind bisher keine detaillierten Daten vorhanden. Es liegen allerdings Hinweise vor, dass die Schweizerische Bevölkerung in viel grösserem Ausmass psychotrope Substanzen (vermutlich vorwiegend Cannabis) konsumiert, als beispielsweise Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal und der Türkei (Bundesamt für Gesundheit 2008, 2009). Die aus Deutschland, Österreich und Frankreich Zugewanderten weisen hingegen höhere Prävalenzraten auf als die Schweizerinnen und Schweizer (Bundesamt für Gesundheit 2008, 2009).

## **1.2 Angaben zu Rauchstopp-Therapien**

Obwohl die Mehrheit der Ex-Tabakrauchenden aus eigener Kraft mit dem Tabakrauchen aufhört, sind in der Schweiz nur 0,5 bis 3% der Tabakrauchenden, die einen spontanen Aufhörversuch machen, nach einem Jahr noch abstinent (Cornuz et al., 2004a). Verschiedene medikamentöse und nicht-medikamentöse Methoden zur Tabakentwöhnung erhöhen die Erfolgsaussichten für einen dauerhaften Tabakrauchstopp deutlich (Cornuz et al., 2004b: Abstinenzraten: Selbsthilfemethoden: 12.3%, Beratung in Gruppen: 13.9%, individuelle Beratung: 16.8%, intensive Beratung und Nikotinsubstitution: 15.4-28.8%, intensive Beratung und Bupropion: 17.2-22.5%, allerdings entschliessen sich aus eigener Erfahrung aus diversen Gründen oft nur eine Minderheit der aufhörwilligen Raucher für eine medikamentöse Methode). Einerseits können bestimmte spezifische Lebensumstände, wie z.B. Schwangerschaft bei Frauen (Lumley et al. 2009), die Tabakabstinenz begünstigen, andererseits sollte grundsätzlich jeder Person, die eine Aufhörbereitschaft zeigt, fachliche Unterstützung für einen Tabakkonsumstopp angeboten werden (West 2005). Zudem konnten erste Vorteile für migrationsspezifische Rauchstopp-Programme gezeigt werden (z.B. Shelley et al. 2008, Schnoz et al. 2008)

Bei Cannabis kann aufgrund fehlender Daten und damit bestenfalls aufgrund der klinischen Praxis vermutet werden, dass die meisten der aufhörwilligen Cannabiskonsumierenden ebenfalls aus eigener Kraft mit dem Cannabisrauchen aufhört. Es kann vermutet werden, dass aufgrund der im Vergleich mit Tabak-Entzugssymptomen etwas milder ausfallenden Cannabis-Entzugssymptomen (Budney et al. 2006; Levin et al. 2010) ein Konsumstopp den meisten Konsumenten auch einfacher fällt. Allerdings sind wie schon erwähnt die meisten regelmässigen Cannabiskonsumierenden wiederum auch tabakabhängig (Radtke et al. 2008). Die bisher erfolgten pharmakologischen Untersuchungen, welche meist in Kombination mit gängigen psychotherapeutischen Methoden zum Cannabiskonsumstopp erfolgt sind, haben vor allem versucht, Cannabis-Entzugssymptome zu mildern respektive die Cannabisabstinenz zu fördern. Die Resultate dieser Studien sind aber wenig überzeugend, und es hat sich auch bisher keine medikamentöse Strategie als überlegen erwiesen (z.B. Nordstrom and Levin 2007; Copeland et al. 2009). Es wurde zudem unlängst Kritik laut, dass die meisten der Studien auf gut angepassten und wenig komorbiden Stichproben von Konsumierenden basieren und deshalb der Gesamtpopulation an Cannabiskonsumierenden wenig gerecht würden (Okuda et al. 2010). Hingegen scheinen im Gegensatz zum Tabakkonsum-Stopp für den Cannabiskonsum-Stopp bei erwachsenen Cannabiskonsumierenden zusätzliche Techniken der Motivationalen Gesprächsführung und bei Jugendlichen der Multidimensionale Familientherapieansatz von Vorteil zu sein (z.B. Benyamina et al. 2008). Zu migrationsspezifischen Unterschieden im Zusammenhang mit einem allfälligen Cannabiskonsum-Stopp fehlen in der Schweiz bisher gänzlich die Angaben.

### **1.3 Tabakkonsum als Einstieg für regelmässigen Cannabiskonsum und vice versa**

Ein weiteres relevantes Gebiet besteht in den Untersuchungen rund um die Tabak Gateway Hypothese. Darunter kann in Abgrenzung der Gateway Hypothese von Cannabis (dass Cannabis als Einstiegsdroge für härtere Drogen dient, was zwischenzeitlich als widerlegt gilt (folglich z.B. Hall & Lynskey, 2005)) die Hypothese verstanden werden, dass Tabak als süchtig machende Einstiegssubstanz für Cannabiskonsum gelten kann (Tullis et al. 2003). Ebenfalls wie bei der Cannabis Gateway Hypothese, existieren dazu einerseits naheliegende neurologische Befunde für eine solche Annahme (Viveros et al. 2006) und andererseits einige empirische Befunde bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (z.B. von Sydow et al. 2002). In mehreren Studien wird die Tabak Gateway Hypothese gegenwärtig genauer untersucht und erste unterstützende Studien wurden bereits vor einigen Jahren publiziert (Höfler et al. 1999, von Sydow et al. 2002).

Mindestens so interessant für das vorliegende Forschungsgesuch sind auch jene Befunde, die eine Umkehrung der Tabak Gateway Hypothese belegten. Eine neuere prospektive Studie zeigte ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Tabakabhängigkeit bei Personen, welche zuvor erstmaligen Cannabiskonsum zeigten, im Vergleich zu solchen, die keinen Cannabiskonsum aufwiesen (Timberlake et al. 2007). Ähnliche Befunde ergaben sich auch in einer breit angelegten, prospektiven Zwillingsstudie sowohl generell (Agrawal et al. 2008a) als auch spezifisch bei Frauen (Agrawal et al. 2008b). Aus der Schweiz liegen aktuelle, unterstützende Befunde aus dem schweizerischen Cannabismonitoring (Schaub et al. 2010) zu der Umkehrung der Tabak Gateway Hypothese sowie interessante Befunde aus qualitativen Interviews bei Jugendlichen vor, welche systematisch die Risiken für die Entwicklung einer Tabakabhängigkeit aufgrund des Rauchens von Cannabis gemischt mit Tabak unterschätzen (Akre et al. 2010).

Daneben gibt es Forschungsergebnisse zu Ausstiegsprogrammen für Tabak bzw. Cannabis, die zumindest zeigen, dass sich der Konsum der jeweils reziproken Substanz während eines Rauchstopps verstärkt (z.B. Sullivan and Covey 2002).

Zudem wird bei den meisten in der Schweiz erhältlichen Rauchstopp-Manualen für Tabak das Thema Cannabis nicht (Cornuz et al. 2004a, 2004b, Fiore et al. 2008, Raw et al. 1998, West et al. 2000, McRobbie et al. 2008) oder nur sehr rudimentär erwähnt: Ein Versuch befindet sich zum Beispiel im Anhang des englischsprachigen GMFAs Tabakrauchstopp-Programms für schwule Männer (GMFA 2008). Dort finden sich Rezepte für cannabishaltige Cookies oder Getränke damit die Teilnehmer während des Tabakrauchstopp-Kurses nicht Cannabis rauchen müssen. Nach unserem Stand des Wissens fehlen Informationen zur Handhabung von gleichzeitig vorkommendem Cannabiskonsum bei in der Schweiz durchgeführten Tabakrauchstopp-Programmen fast gänzlich (vorliegendes Manual der Krebsliga und andere nicht offiziell publizierte Wegleitungen).

Umgekehrt fehlt bei den wenigen erhältlichen internationalen und deutschsprachigen Rauchstopp-Manualen für Cannabis das Thema Tabakkonsum entweder kategorisch (z.B. Diamond et al. 2002, Gradl et al. 2009), respektive wird es auch in modernen deutschsprachigen Manualen zur Therapie von schädigendem Cannabis-Konsum respektive von Abhängigkeit der Substanzen Kokain, Heroin etc. nicht erwähnt (Körkel et al. 2008).

### **1.4 Integrative Tabakrauchstopp-Programme**

Es liegen Befunde zur Effektivität von integrativen Tabakrauchstopp-Interventionen vor, die gleichzeitig auf eine weitere Gesundheitsverhaltensänderung zielen. So haben verschiedene Autoren gezeigt, dass tendenziell übergewichtige Frauen die bei ihrem Rauchstopp-Versuch zusätzlich auch

darin unterstützt wurden, ihr Gewicht zu verringern, dies auch gleichzeitig erreichen konnten (Copeland et al. 2005, Sallit et al. 2009, Spring et al. 2006).

Daneben gibt es weitere Studien zur gleichzeitigen Behandlungen von psychischen Erkrankungen und Nikotinabhängigkeit. Zum Beispiel wurden Veteranen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) untersucht (McFall et al. 2005). Die Gruppe, bei denen die Nikotinentwöhnung in die Behandlung der PTBS integriert wurde, hatte – verglichen mit der zweiten Gruppe, welche einen separaten Rauchstopp-Kurs zusätzlich zur psychiatrischen Behandlung erhielt, – eine 5-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit nachträglich tabakabstinent zu sein. Weiter wurden auch positive Befunde für gleichzeitige Behandlungen von Tabakabhängigkeit und psychischen Störungen bei Menschen mit anderen Angststörungen als PTBS, ADHS, Affektiven Störungen und Schizophrenie gefunden (eine Übersicht findet sich bei Hall and Prochaska 2009).

Ausserdem gibt es mittlerweile einige positive Befunde über die Behandlung von Tabakabhängigkeit bei Personen mit vorwiegend gemischten Substanzabhängigkeit(en) von Opiaten, Kokain und Benzodiazepinen, welche oft auch bei Patientinnen und Patienten in Methadonbehandlung mit Kontrollgruppen untersucht wurden (z.B. Reids et al. 2008, fundierte pharmakologische und psychotherapeutische Hintergrundüberlegungen finden sich in Baca and Yahne 2009, Wapf et al. 2008). Weiter existieren mittlerweile mehrere Studien, welche die Effektivität von Rauchstopp-Programmen bei Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit nachgewiesen haben (z.B. Gulliver et al. 2006). Gegenwärtig wird mit der Unterstützung des Tabakpräventionsfonds eine Studie der Universitären Psychiatrischen Dienste Basel unterstützt, die den gleichzeitigen Alkohol- und Tabakentzug in stationärem klinischen Setting untersucht.

Zu guter Letzt gibt es diverse integrative Rauchstopp-Interventionen von unterschiedlicher Dauer und Art während der Behandlung von somatischen Risikopatientinnen und -patienten. Dazu gehören vor allem solche mit kardiovaskulären Erkrankungen, diversen Krebserkrankungen sowie, wie schon erwähnt, Patientinnen und Patienten mit Adipositas.

Weder bei den integrativen Studien zu Tabakrauchstopp-Interventionen bei übergewichtigen Frauen, Menschen mit psychischen Störungen oder gleichzeitig auftretenden anderen Substanzstörungen wurde spezifischer nach Ethnie und Bevölkerungsschicht unterschieden.

Epidemiologische Untersuchungen zeigten, dass ein wesentlicher, wenn auch vielschichtiger Zusammenhang zwischen Tabak- und Cannabiskonsum besteht. Es erstaunt deshalb, dass national wie auch international sowohl in Rauchstopp-Angeboten für Tabak-, als auch für Cannabiskonsum diesem Zusammenhang nicht Rechnung getragen wird. Zudem stellt sich die Frage, ob nicht sogar für eine bestimmte Population von tabakabhängigen, gelegentlich auch Cannabis konsumierenden Personen ein integratives Rauchstopp-Angebot viel sinnvoller und allenfalls auch bei dieser Population erfolgreicher wäre. Das Ziel dieser Vorstudie war deshalb, den Bedarf und die Grundlagen für ein potientiell Rauchstopp-Programm für tabakabhängige Personen zu erarbeiten, die zudem einen regelmässigen Konsum von Cannabis aufweisen.

Zur Vereinfachung des Verständnisses und der Leserlichkeit wird im vorliegenden Bericht - wo nicht anders erwähnt - der Begriff „kiffen“ für das Rauchen von Cannabis gemischt mit Tabak in einer - meist selbstgedrehten - Marihuana-Zigarette (einem „Joint“) verwendet.

## **2. Fragestellungen**

Im Rahmen dieser Vorstudie wurde untersucht, ob bei tabakabhängigen Jugendlichen und Erwachsenen, die auch Cannabis konsumieren, ein Bedarf an einem integrierten Rauchstopp-Programm besteht, um gleichzeitig mit Tabak- und mit Cannabiskonsum aufzuhören. Dabei wurden weitere Zusammenhänge zwischen Cannabis- und Tabakkonsum ermittelt. Des Weiteren wurde erfasst, wie Fachpersonen, welche sich mit Tabak- und/oder Cannabiskonsum in den Bereichen Prävention und Konsumausstieg auseinandersetzen, die Idee und den Bedarf eines integrativen Rauchstopp-Angebotes beurteilen. Zudem wurden Konsumierende und Fachpersonen gefragt, was ein integratives Angebot gegenüber bestehenden Tabakrauchstopp-Angeboten zusätzlich beinhalten müsste und welche Empfehlungen für bestehende Angebote formuliert werden könnten.

### 3. Methodik

Die Erfassung der für die Beantwortung der Fragestellungen notwendigen Daten erfolgte anhand einer Kombination von qualitativen und quantitativen Verfahren.

So wurden zwölf qualitative Leitfadeninterviews mit Fachpersonen aus Forschung und Praxis der Psychotherapie, Medizin, Prävention und Epidemiologie durchgeführt.

Um möglichst präzise Informationen über Probleme, Erlebnisse und den persönlichen Umgang mit allfälligen Problemen während eines Tabakrauchstopps mit Cannabiskonsum, respektive mit Tabakkonsum während eines Cannabisrauchstopps zu erhalten, wurden zudem qualitative Interviews im Rahmen von zwei nach Alter getrennte Fokusgruppen mit insgesamt 14 jugendlichen und erwachsenen Personen (sechs Frauen und acht Männer) im Alter zwischen 16 und 39 Jahren durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden hauptsächlich über Beratungsstellen rekrutiert und die Voraussetzungen für eine Teilnahme waren eine aktuelle oder ehemalige Tabakabhängigkeit, ein aktuell oder ehemals regelmässiger Cannabiskonsum sowie Rauchstopp-Erfahrungen.

Basierend auf den anhand der Interviews und Fokusgruppen gewonnen Erkenntnissen wurde in einem weiteren Schritt ein Onlinefragebogen erstellt und auf verschiedenen Plattformen (Webseiten von Rauchstopp-Angeboten, Lungenliga, Foren etc.) publiziert. Insgesamt nahmen 282 Tabak- und Cannabiskonsumierenden an dieser Befragung teil. Anhand von Ausschlusskriterien zu Beginn des Fragebogens wurde sichergestellt, dass alle Teilnehmenden sowohl bezüglich Tabak- als auch Cannabiskonsum Erfahrungen hatten.

Die qualitative Auswertung der Daten, welche durch die Interviews und Fokusgruppen erhoben wurden, erfolgte gegenstandsbezogen und in Anlehnung an die Grounded Theory nach Strauss & Corbin (1990). Die online erhobenen, quantitativen Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 17) ausgewertet.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Interviews mit Fachpersonen

Folgende Fachpersonen nahmen freundlicherweise bei den Interviews teil:

- Dr. Lukas Bösch, Psychologe, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
- Stephan Dietiker, dipl. Psych. FH, Jugend- und Schwulenberatung Zürich & Hauptleiter Queer Quit – Rauchstopp-Programm für schwule Männer
- Oliver Favre, Kursleiter Queer Quit, Rauchstopp-Programm für schwule Männer
- Dr. Anja Frei, Wissenschaftliche Mitarbeiterin & Psychologin, Raucherberatung Universitätsspital Zürich
- Dr. Ute Hermann, Psychologin & Bereichsleitung Jugendalter von Züri Rauchfrei, Fachstelle für Tabakprävention Kanton Zürich
- Theda Radtke, Dipl. -Psych., Psychologisches Institut Universität Zürich & Tabakmonitoring Schweiz
- Dr. Lars Stark, Oberarzt, Gesundheitsangebot und Information GAIN der Arbeitsgemeinschaft für einen Risikoarmen Umgang mit Drogen ARUD Zürich
- Pascal Stäubli, Psychologe, Integrierte Suchthilfe Winterthur, Integrierte Psychiatrie Winterthur IPW
- PD Dr. Rudolf Stohler, Leitender Arzt Drogenbereich & Leiter Forschungsgruppe Substanzstörungen, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen ZAE, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
- Joan-Carles Suris, MD, MPH, PhD, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP), Lausanne
- Dr. Maciej Szamrowicz, Oberarzt, Integrierte Suchthilfe Winterthur, Integrierte Psychiatrie Winterthur IPW
- Gianni Tiloca, Sozialpädagoge, Integrierte Suchthilfe Winterthur, Integrierte Psychiatrie Winterthur IPW, Leitung Cannabis- und Rauchstopp-Kurse für Jugendliche

#### 4.1.1 Zusammenfassung der Fachpersoneninterviews

Gemäss den interviewten Fachpersonen hängen die Substanzen Tabak und Cannabis stark zusammen und der Bedarf nach einem integrativen Rauchstopp-Programm scheint bei tabakabhängigen Erwachsenen definitiv vorhanden zu sein. Im Gegensatz zu Programmen, die nur eine der beiden Substanzen behandeln, würde ein solches Angebot gemäss den Fachpersonen den starken Zusammenhang zwischen Tabak- und Cannabiskonsum berücksichtigen, der vor allem bei einem Ausstieg problematisch werden kann. So wurde beobachtet, dass bei Personen, die Tabak und Cannabis konsumieren, der Konsum der jeweils reziproken Substanz nach dem Ausstieg häufig zunimmt und das Risiko eines Rückfalls erhöht ist. Ein Doppelausstieg würde dies gemäss den Fachpersonen verhindern.

Bei der Ausgestaltung eines solchen Angebots könnte man sich gemäss den interviewten Fachpersonen grundsätzlich an gängigen Rauchstopp-Programmen orientieren. Dabei sollte aber

unbedingt beachtet werden, dass die Komplexität aufgrund der Integration einer weiteren Substanz im Allgemeinen und von Cannabis im Speziellen erhöht sein kann, weil bei der Behandlung einer Cannabisabhängigkeit viele individuelle (lebensgeschichtliche) Komponenten dazukommen können. Ein solches Angebot sollte deshalb nicht wie gängige Rauchstopp-Kurse ausschliesslich im Gruppensetting durchgeführt werden, sondern zusätzlich auch individuelle Unterstützungsmassnahmen beinhalten, beispielsweise in Form von Einzelgesprächen. Dadurch könnte die bewährte unterstützende Wirkung einer Gruppe genutzt, jedoch auch mit einer höheren Komplexität und Individualität angemessen umgegangen werden. Neben den höheren Anforderungen an die Ausgestaltung eines solchen Angebots wären gemäss den Fachpersonen auch die Anforderungen an die Kursleitung im Vergleich zu gängigen Rauchstopp-Kursen unter anderem aufgrund der bei Cannabiskonsumierenden vermehrt vorkommenden Komorbiditäten mit psychischen Störungen wahrscheinlich höher.

Trotz vorhandenem Bedarf wurde die Anzahl Personen, die bereit sind, den Konsum beider Substanzen gleichzeitig einzustellen, von den Fachpersonen insgesamt eher als gering eingeschätzt, denn, so begründen sie, ein Doppelausstieg im Sinne einer radikalen Umstellung könnte für viele eine Überforderung darstellen.

#### **4.1.2 Zusammenhang zwischen Tabak- und Cannabiskonsum**

Die befragten Fachpersonen waren sich einig, dass zwischen Tabak und Cannabis ein starker Zusammenhang bestehe.

*„Cannabis und Tabak gehören zusammen wie Alkohol und Tabak.“*

Personen, die regelmässig kiffen und keine Erfahrung mit einer Tabakabhängigkeit haben würden, seien gemäss einigen Fachpersonen äusserst selten und ungefähr die Hälfte aller Tabakrauchenden kiffe.

Im Sinne der Tabak Gateway Hypothese, die Tabak als süchtig machende Einstiegssubstanz in den Cannabiskonsum betrachtet (Tullis et al. 2003), werde gemäss Expertinnen und Experten in den meisten Fällen erst Tabak und dann Cannabis konsumiert.

*„Die Hemmschwelle mit Tabakrauchen anzufangen, ist für Jugendliche gleich Null.“*

Und bei den Tabakrauchenden sei die Wahrscheinlichkeit mit Kiffen zu beginnen deutlich höher weil der Schritt zum Cannabisrauchen für bereits rauchende Personen kleiner sei, als für nicht rauchende, da ihnen das Konsumverhalten (rauchen) vertraut sei. So haben Jugendliche, die Tabak rauchen, ein siebenmal höheres Risiko mit Kiffen anzufangen und gemäss einer Expertin konsumiert ungefähr ein Drittel der Jugendlichen in Rauchstopp-Kursen auch Cannabis.

Während man früher annahm, dass der Weg zum Cannabis stets über den Tabak führt, habe man gemäss der umgekehrten Gateway Hypothese aber auch zunehmend festgestellt, dass Personen eine Nikotinabhängigkeit entwickeln, weil sie Cannabis mit Tabak rauchen.

Übereinstimmend mit den Befunden von Ausstiegsprogrammen für Tabak bzw. Cannabis (z. B. Sullivan & Covey, 2002) berichteten ausserdem fast alle Fachpersonen, dass sich der Konsum der jeweils reziproken Substanz nach einem Rauchstopp verstärke. So würde – vorausgesetzt, dass bereits vor dem Ausstieg beide Substanzen konsumiert wurden – nach einem Cannabisausstieg oft sehr viel mehr Tabak geraucht oder umgekehrt nach einem Tabakausstieg mehr gekifft.

Die Gefahr, nach einem Tabakrauchstopp rückfällig zu werden, sei klar erhöht, wenn weiterhin gekifft würde. Uneinig waren sich die Fachpersonen dabei, ob das Risiko eines Rückfalls neben dem beigemischten Tabak auch aufgrund des gleichen Konsumverhaltens erhöht sei. In diesem Falle wäre das Risiko auch erhöht, wenn Cannabis nach dem Tabakrauchstopp nur noch ohne die Beimischung von Tabak geraucht würde.

Dabei sollte aber bedacht werden, dass ein Jahr nach einer erfolgreichen Tabakentwöhnung lediglich 15-20 Prozent noch abstinent sind. So erhöhe Kiffen zwar das Risiko eines Rückfalls, sei aber vermutlich nur einer von vielen Gründen, weshalb eine Person nach erfolgreicher Tabakentwöhnung wieder rückfällig würde.

Aufgrund der Interaktion dieser beiden Substanzen sei es gemäss den Expertinnen und Experten jedoch sehr sinnvoll, ein Rauchstopp-Programm zu entwickeln, welches diesem starken Zusammenhang gerecht werde, indem es explizit beide Substanzen behandeln würde.

Viele Cannabiskonsumierende rauchten ausserdem nicht nur mehr Tabak als Nichtkonsumierende, sondern würden auch mehr Alkohol trinken (Annaheim, Wicki, Notari & Kuntsche, 2009). Gemäss den meisten befragten Fachpersonen existiere vermutlich aber kein direkter Zusammenhang zwischen Cannabis und Alkohol, sondern eher eine Verbindung, welche durch sogenannte Confounders (Störvariablen) entstehe: Beide Substanzen seien „gesellige Drogen“, würden also in ähnlichen Situationen konsumiert und hätten eine beruhigende Wirkung. Ebenfalls denkbar wäre gemäss einer Expertin, dass Tabak- und Cannabiskonsumierende zu einer „*vulnerablen Gruppe*“ gehören, die allgemein eher zu riskantem Gesundheitsverhalten neige. Unter anderem aus diesem Grund wäre es gegebenenfalls sinnvoll, in einem solchen Angebot nicht nur den Rauchstopp als Ziel zu setzen, sondern eine allgemein gesündere Lebenshaltung anzustreben.

#### **4.1.3 Beurteilung des Bedarfs für ein integratives Angebot**

Unter den Fachpersonen bestand mehr oder weniger Einigkeit, dass der Bedarf eines solchen Programms vorhanden sei. Sowohl die Tabak- als auch die Cannabisabhängigkeit würde von den Konsumierenden selber aber meist unterschätzt und die Anzahl Personen, welche bereit sei, simultan einen Tabak- und Cannabisrauchstopp zu machen, sei gemäss den Fachpersonen vermutlich eher gering. Denn gemäss den Fachpersonen empfinden die meisten Kursteilnehmenden den Rauchstopp als Verlust und seien deshalb vermutlich kaum bereit, gleich auch noch das Cannabisrauchen „aufzugeben“. Des Weiteren könnte ein solcher Doppelausstieg auch eine Überforderung für gewisse teilnehmende Personen darstellen. Aufgrund der beschriebenen Interaktionen der beiden Substanzen müsste das Ziel eines solchen Angebotes aber trotzdem ganz klar der Ausstieg aus beiden Substanzen sein, wenn auch bei stark kiffenden Personen zumindest zu Beginn gegebenenfalls auf alternative Applikationsformen ausgewichen werden könnte.

Nicht ganz einig waren sich die Fachpersonen bezüglich dem Alter einer potentiellen Zielgruppe. Tendenziell werde aber angenommen, dass ein solches Angebot eher über 25-Jährige anspricht und weniger von Jugendlichen beansprucht werden würde. Vermutlich sei die Anzahl Personen, die gleichzeitig Tabak und Cannabis konsumieren zwar im Jugendalter höher als im Erwachsenenalter, da aber der Cannabisausstieg oft an sogenannte *life events* gekoppelt ist (z. B. Familiengründung), würde der Konsum im Jugendalter häufig als „Phase“ und deshalb nicht unbedingt als problematisch betrachtet werden. Auch bezüglich des Tabakkonsums haben Jugendliche oft kein oder nur ein sehr geringes Problem- bzw. Abhängigkeitsbewusstsein und deshalb seltener die Absicht, damit aufzuhören, insbesondere wenn sie eigentlich wegen ihrer Cannabisproblematik Hilfe in Anspruch nehmen. Die Eltern von Jugendlichen seien ausserdem äusserst selten primär wegen der

Tabakabhängigkeit ihrer Kinder bzw. den negativen gesundheitlichen Konsequenzen, sondern vielmehr wegen (sozialen) Folgen des Cannabiskonsums wie Leistungsabfall oder Antriebs- und Interesselosigkeit besorgt.

Des Weiteren würde ein solches Programm auch gewisse Erfahrungen mit Ausstiegsversuchen voraussetzen, was bei Jugendlichen ebenfalls selten vorhanden sei, da das Ausstiegsalter in Bezug auf den Tabakkonsum deutlich höher liege (bei Frauen ca. im Alter von 30 Jahren und bei Männern zwischen 25 und 32 Jahren).

Auch wenn es aus diesen Überlegungen sinnvoller scheine, den Fokus eines solchen Angebotes auf Personen über 25 Jahren zu richten, bestünde aber definitiv ein Bedarf, die Cannabisthematik in bereits bestehenden Tabakrauchstopp-Angeboten für Jugendliche vermehrt zu integrieren bzw. expliziter anzusprechen. Dies könnte beispielsweise durch die Entwicklung und Integration von zusätzlichen Modulen in bestehende Programme geschehen. Auch im Rahmen von präventiver Informationsvermittlung an Schulen sollte neben legalen Drogen (Tabak und Alkohol) auch das Thema Cannabis stärker gewichtet werden.

#### **4.1.4 Ausgestaltung eines integrativen Angebotes**

Die Ausstiegssituation würde durch die Integration einer weiteren Substanz (Cannabis) an Komplexität gewinnen und die Hauptschwierigkeit bei der Entwicklung und Durchführung eines solchen Programms könnte gemäss einiger Fachpersonen darin liegen, dass Cannabiskonsum vor allem im Erwachsenenalter mit psychischen Störungen (z. B. Depressionen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen, Schlafstörungen etc.) verbunden sein kann. Neben einer umfassenden Information über die Substanz und die gesundheitlichen Folgen des Konsums, müsste in einem solchen Angebot deshalb auch das Augenmerk auf allfällige Komorbiditäten mit psychischen Störungen gerichtet werden. Anhand eines Screening-Fragebogens zu Beginn des Kurses bzw. einer genauen Abklärung, aus welchen Gründen Cannabis konsumiert werde, könnten allfällige Komorbiditäten ersichtlich werden. Ebenfalls scheint es vor allem bei stark kiffenden Personen eventuell angebracht, eine ärztliche Fachperson hinzu zu ziehen, die mit dem Ablauf des Kurses vertraut sei. Es wurden jedoch auch im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum Komorbiditäten mit psychischen Störungen wie Depressionen erwähnt. So würden manche Personen bei einem Tabakentzug zusätzlich mit Antidepressiva behandelt, weil Nikotinersatzpräparate nicht alle Funktionen von Tabak (z. B. antidepressive Wirkung) erfüllten. Da es aber stigmatisierend wäre, Personen aufgrund psychischer Auffälligkeiten oder Störungen aus dem Kurs auszuschliessen, sollten die Kursleitenden über fundierte Kenntnisse bezüglich psychischen Komorbiditäten verfügen, um der betroffenen Person bei Bedarf angemessene zusätzliche Unterstützung im Sinne einer psychotherapeutischen-psychiatrischen Behandlung vermitteln zu können.

Weitere oft genannte Gründe für den Konsum von Cannabis seien beispielsweise „Entspannung“ und „Distanzierung/Abgrenzung“. Verglichen mit einem gängigen Rauchstopp-Programm, scheine es deshalb notwendig, in einem integrativen Angebot Entspannungstechniken und Stressmanagement stärker zu gewichten. Und falls Cannabis nicht im Sinne einer „Selbstmedikation“ aufgrund einer psychischen Störung konsumiert würde, müssten ähnliche Ersatzhandlungen wie bei der Tabakentwöhnung gefunden werden, die dieses Bedürfnis nach Entspannung und Abgrenzung befriedigen könnten.

Nicht zu unterschätzen sei bei einer Cannabisentwöhnung das „*Ritual des Konsums*“. So habe vermutlich bei manchen Personen nicht nur die Substanz per se, sondern auch der Akt des Konsums, das heisst das Bauen eines Joints aufgrund des immer gleichen Ablaufs im Sinne eines Rituals eine

entspannende Wirkung und müsste unter Umständen mit geeigneten alternativen Ritualen ersetzt werden.

Im Jugendalter werde Cannabis ausserdem meistens in Gruppen konsumiert und sei deshalb eng verbunden mit einem Zugehörigkeitsgefühl. Ausserdem sei das Konsumentenmuster unter Freunden sehr ähnlich. In einem Angebot für Jugendliche müssten deshalb auch Aspekte wie das soziale Umfeld und die persönliche Identität thematisiert werden. Da für Jugendliche der Cannabiskonsum auch wichtige soziale Funktionen erfüllt, sei zudem die Bereitschaft vermutlich geringer, im Rahmen eines integrativen Rauchstopp-Programms auf alternative Applikationsformen auszuweichen.

In diesem Zusammenhang würde sich grundsätzlich die Frage stellen, ob bezüglich Cannabis die Abstinenz das Ziel eines solchen Angebots sei oder eventuell auch auf alternative Applikationsformen (orale Einnahme oder Inhalator) ausgewichen werden könnte. Dies sei möglicherweise vor allem bei stark kiffenden Personen angebracht. Die häufig mit einem abrupten Cannabisausstieg verbundenen negativen Folgen wie Schlafstörungen und Nervosität könnten aber gemäss einigen Fachpersonen auch medikamentös (vorwiegend kurzfristig mit Benzodiazepinen) behandelt werden.

Neben der Berücksichtigung der spezifischen Situation, könne man sich bei der Ausgestaltung eines solchen Angebots aber auch an gängigen Rauchstopp-Programmen orientieren. Wie auch in Tabakrauchstopp-Angeboten sei eine umfassende Psychoedukation zu Beginn des Kurses zentral. Viele Konsumenten seien sich beispielsweise nicht bewusst, dass Cannabisrauchen nebst mit psychischen ganz klar auch mit körperlichen Schädigungen verbunden ist. Eine solche Informationsvermittlung sollte ausserdem auch die psychogenen Wirkungsmechanismen von Cannabis sowie neuste Forschungsergebnisse beinhalten. Da die meisten Rauchenden ihre Abhängigkeit unterschätzen würden, seien nach einer Informationsvermittlung die Analyse des eigenen Konsumverhaltens (inkl. Raucher- bzw. Substanzanamnese) und die Bestimmung des Abhängigkeitsgrades ebenfalls wichtige Bestandteile.

In Tabakrauchstopp-Kursen seien positive Erfahrungen mit sogenannten „umfassenden Konsumanalysen“ gemacht worden, bei der die Konsumierenden vor jeder Zigarette aufschreiben mussten, weshalb sie rauchen wollten, in welcher Situation sie sich befinden würden und was eine alternative Handlung sein könnte. Diese verstärkte Selbstbeobachtung könnte sowohl eine Reduktion des Tabak-, als auch des Cannabisrauchverhaltens bewirken.

Ansonsten könnte ein solches Angebot wie bei gängigen Tabakrauchstopp-Programmen auf motivationalen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen basieren, die unter anderem Aspekte wie Zielentwicklung, Motivation, Ergebniserwartungen, Selbstwirksamkeit, Risikosituationen und Bewältigungsstrategien sowie Entspannungsverfahren beinhalten würden.

Für die Bewältigung von Risikosituationen seien sowohl bei der Tabak- als auch bei der Cannabisentwöhnung Ersatzhandlungen zentral, wobei im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum nicht die Gewohnheit, sondern die Entspannung im Mittelpunkt stünde.

#### **4.1.5 Setting eines integrativen Angebotes**

Um die allfälligen Programmteilnehmenden nicht „unter Druck zu setzen“, sollte der erste Kursabend im Sinne einer unverbindlichen und umfassenden Informationsveranstaltung gestaltet werden. Wichtig sei auch ein expliziter Hinweis bei der Anmeldung, dass man bei Kursbeginn nicht schon Nichtraucher sein müsse, sondern der Ausstieg im Verlaufe des Kurses stattfinden würde. Positiv bewährt habe sich gemäss einigen Fachpersonen ausserdem ein gemeinsames, verbindliches Ausstiegsdatum.

In Anbetracht der hohen Komplexität aufgrund der Integration zweier Substanzen und der teilweise sehr individuellen Bedürfnissen, die hinter dem Cannabiskonsum stehen können, stelle sich ausserdem die Frage, ob ein reines Gruppensetting ausreichen würde oder ob nicht zusätzlich individualisierte, das heisst im Einzelsetting durchgeführte Interventionen angeboten werden müssten.

Ausserdem raten einige Fachpersonen, die Gruppen nach Alter und Geschlecht zu trennen, weil sich die Motive, Ängste, Ziele und Lebensumstände von Frauen und Männern sowie von unterschiedlichen Altersklassen stark unterscheiden würden.

Insgesamt betonen die Fachpersonen, dass ein „offenes Klima“ wichtig sei und seitens der Kursleitung eine werteneutrale und nicht moralisierende Haltung eingenommen werden sollte. Einige Fachpersonen könnten sich auch vorstellen, ein solches Programm zumindest teilweise webbasiert durchzuführen, weil die Erreichbarkeit der Zielgruppe über das Internet vermutlich besser sei. Ein webbasiertes Angebot sei ausserdem anonym und zeitunabhängiger, was vor allem bei dieser Zielgruppe und allgemein bei Jugendlichen ein Vorteil darstellen könnte. Nicht gerecht würde ein vollständig über das Internet durchgeführtes Programm aufgrund der bereits erwähnten höheren Komplexität und dem höheren Unterstützungsbedarf. Vermutlich wäre es deshalb besser, nur die Rekrutierung bzw. Kontaktaufnahme und allenfalls die Konsumanalyse webbasiert durchzuführen.

#### **4.1.6 Vorteile und Nachteile eines integrativen Angebotes**

Ganz allgemein müsste ein solches Angebot im Gegensatz zu Programmen, die nur eine der beiden Substanzen fokussieren, den beschriebenen starken Zusammenhang zwischen Tabak und Cannabis berücksichtigen, der vor allem bei einem Ausstieg problematisch werden kann. Es hat sich gezeigt, dass bei Personen, die Tabak und Cannabis konsumieren, der Konsum der jeweils reziproken Substanz nach dem Ausstieg häufig zu nehmen und das Risiko eines Rückfalls erhöht sei. Ein Doppelausstieg würde dies verhindern, was ein klarer Vorteil sein könnte.

Ausserdem erwähnen einige Fachpersonen, dass in gängigen Tabak-Rauchstopp-Programmen die Cannabis-Thematik zu wenig berücksichtigt würde und es auch allgemein zu wenige Anlaufstellen bzw. Angebote für Cannabiskonsumierende gäbe. Ein Vorteil eines solchen integrativen Angebotes wäre deshalb die explizite Integration von Cannabis.

Ein Nachteil eines solchen Programms könnte nach Meinung einiger Fachpersonen die vermutlich eher kleine Zielgruppe sein, da einerseits viel mehr Personen mit Tabakrauchen aufhören wollen als mit Kiffen und andererseits wie bereits erwähnt nicht viele Personen bereit seien, gleichzeitig einen Tabak- und Cannabisrauchstopp zu machen bzw. ein solcher Doppelausstieg im Sinne einer radikalen Umstellung für viele eine Überforderung darstellen könnte.

Mit einem klaren, zielgruppenspezifischen Auftreten und einer umfassenderen Unterstützung als in gängigen Rauchstopp-Programmen könnte solchen Nachteilen jedoch Rechnung getragen werden.

#### **4.1.7 Gründe, weshalb bis anhin noch keine entsprechende nationale oder internationale Interventionsstudie durchgeführt wurde**

In Anbetracht des engen Zusammenhangs von Tabak und Cannabis sei es für die meisten Fachpersonen nicht nachvollziehbar, weshalb bis anhin „noch nichts geschehen sei“.

Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass im Rahmen der Cannabisprävention und -intervention der Fokus bis anhin vor allem auf die Substanz Cannabis und nicht auf den fast immer beigemischten

Tabak gerichtet und somit nicht die aus dem Kiffen oft resultierende und persistierende Tabakabhängigkeit, sondern der Konsum des Cannabis als Hauptproblematik betrachtet würde. Trotz der starken Interaktion dieser beiden Substanzen, sähen aber auch die Teilnehmenden von Rauchstopp-Programmen die Tabak- und Cannabisabhängigkeit oft als zwei voneinander unabhängige Probleme an.

Ein weiterer Punkt, weshalb die beiden Substanzen bis anhin nicht explizit zusammen behandelt wurden und weshalb vermutlich nach wie vor in vielen Tabakrauchstopp-Kursen das Thema Cannabis nicht angesprochen werde, sei die Illegalität von Cannabis bzw. dessen geringere Akzeptanz in der Gesellschaft, wobei diese in letzter Zeit auch für Tabak abgenommen habe.

Neben der deutlichen Trennung aufgrund der Illegalität, seien ausserdem auch „andere Leute“ an der jeweiligen Reduktion interessiert. Während der Konsum von Tabak ein „*pulmologisches Anliegen*“ darstelle, würde Kiffen eher als ein psychiatrisches Problem betrachtet.

Die Trennung dieser beiden Substanzen finde somit weniger auf der Ebene der Konsumierenden, sondern eher auf der Behandlungsebene statt und entsprechende Anlaufstellen würden sich meist stark voneinander abgrenzen. Unabhängig von einem integrativen Angebot wäre allein eine stärkere substanzunabhängige Vernetzung der Helfergruppen auf jeden Fall erstrebenswert.

## **4.2 Fokusgruppen mit Konsumierenden**

### **4.2.1 Zusammenfassung der Fokusgruppenergebnisse**

Im Rahmen der Fokusgruppe wurde das Augenmerk vor allem auf das Konsumverhalten und die Konsumgründe der Teilnehmenden, auf den Zusammenhang zwischen dem Konsum von Tabak und Cannabis, auf mögliche Ausstiegsgründe, den Austausch von Rauchstopperfahrungen sowie der Beurteilung, Ausgestaltung und Zielgruppe eines integrativen Angebotes gerichtet.

Alle Teilnehmenden hatten sowohl Erfahrungen mit (regelmässigem) Cannabis- als auch mit einer Tabakabhängigkeit. Die Meisten konsumierten erst Tabak und später Cannabis. In umgekehrter Reihenfolge wurde dies kaum berichtet. Einige begannen jedoch mehr oder weniger gleichzeitig, diese beiden Substanzen zu konsumieren. Sowohl die Jugendlichen, als auch die Erwachsenen waren der Meinung, dass Tabak und Cannabis bzw. der Konsum dieser beiden Substanzen klar zusammen hängen würde. So machten die meisten auch die Erfahrung, dass der Konsum der reziproken Substanz teilweise massiv nach einem Ausstieg zunahm. Dies war bei den meisten vor allem nach einem Cannabisausstieg im Hinblick auf den Tabakkonsum der Fall. Auch schätzten die Teilnehmenden den Schritt zum erneuten Cannabiskonsum relativ klein ein, wenn man weiterhin Tabak rauchen würde.

Altersunabhängig wurden Gewohnheit, Zeitvertreib oder Nikotinabhängigkeit als Gründe genannt, weshalb Tabak geraucht würde. Hinsichtlich des Cannabiskonsums unterschieden sich aber die erwähnten Konsumgründe. Während Kiffen für die Jugendlichen Entspannung und Stressbewältigung darstellte, wurde bei den Erwachsenen der Genussfaktor als Hauptgrund genannt.

Im Zusammenhang mit einem Tabakrauchstopp befürchteten vor allem die weiblichen Jugendlichen eine Gewichtszunahme. Die negativen Ergebniserwartungen im Zusammenhang mit einem Cannabisrauchstopp waren vor allem seitens der Jugendlichen deutlich umfangreicher. Es wurden Appetit- und Schlafstörungen, Rastlosigkeit und fehlende alternative Entspannungsmethoden

genannt. Bei einem Doppelausstieg wurde seitens der Jugendlichen auch die Befürchtung bzw. die Erfahrung geäussert, dass danach mehr Alkohol konsumiert werden könnte.

Vor allem die Jugendlichen zeigten von sich aus kaum eine Bereitschaft für einen Cannabisausstieg. Die meisten waren der Überzeugung, dass sich der Cannabiskonsum mit zunehmendem Alter und „Ernst des Lebens“ quasi automatisch einstellt. Erstaunlich war allerdings, dass einige Jugendliche zum Zeitpunkt der Durchführung der Fokusgruppen in Beratung wegen ihres Cannabiskonsums waren. Dies sei vor allem aufgrund der anstehenden Lehrabschluss- oder Autoprüfungen, dem Ernst des Lebens, dem sie sich eben stellen müssten.

Gemäss den Erwachsenen liege das Alter der Zielgruppe eines integrativen Angebotes bei ungefähr 25 Jahren. Insgesamt schätzten sowohl die Jugendlichen als auch die Erwachsenen die Bereitschaft für einen Doppelausstieg aber eher als gering ein. Nach den Jugendlichen könnte dies vor allem für Personen, die aufgrund negativer psychischer Veränderungen mit Kiffen aufhören wollten, eine Überforderung darstellen. Dennoch wurde ein integratives Angebot aufgrund der Interaktion zwischen den beiden Substanzen als sinnvoll erachtet. So wurde als Voraussetzung für eine Teilnahme an einem solchen Angebot die Kenntnis über einen solchen Zusammenhang genannt. Und wie bereits von den Fachpersonen erwähnt, betonten sowohl Jugendliche als auch Erwachsene in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit einer – im Vergleich zu gängigen Rauchstopp-Programmen – umfassenderen bzw. breiteren Unterstützung.

#### **4.2.2 Zusammenhang zwischen Tabak- und Cannabiskonsum**

Alle Teilnehmenden, sowohl erwachsene als auch jugendliche, waren der Meinung, dass Tabak und Cannabis klar zusammenhängen. Die von ihnen berichteten Erfahrungen unterstützen sowohl die Tabak Gateway Hypothese, gemäss der Tabak als süchtig machende Einstiegssubstanz für Cannabiskonsum betrachtet wird, als auch die umgekehrte Hypothese, die von einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Tabakabhängigkeit bei Cannabis konsumierenden Personen ausgeht. Es haben jedoch mehr Teilnehmende erst Tabak und dann Cannabis geraucht als umgekehrt. Einige berichten auch von einem gleichzeitigen Beginn.

Abgesehen von der Tabakabhängigkeit, die mit regelmässigem Cannabiskonsum einhergehen kann, entstehe der Zusammenhang zwischen diesen beiden Substanzen gemäss den Teilnehmenden auch dadurch, dass die Zigarette im Alltag oft einen Ersatz für einen Joint darstelle, weil sie zum Beispiel im Arbeitsumfeld nicht kiffen könnten.

Die meisten Teilnehmenden haben auch die Erfahrung gemacht, dass der Konsum der reziproken Substanz teilweise massiv nach einem Ausstieg zu nahm. Vor allem aus der Erfahrung, dass nach einem Cannabisausstieg mehr Tabak geraucht würde, berichteten fast alle. Die Zunahme des Tabakkonsums entstehe gemäss den Jugendlichen einerseits, weil die Zigarette in diesem Falle den Joint ersetze und andererseits, weil aufgrund des Cannabisstopps oder der Reduktion des Konsums Stress entstünde, welcher mit Zigaretten rauchen bewältigt würde.

Zudem sei gemäss den Teilnehmenden der Schritt zum erneuten Cannabiskonsum sehr klein, wenn man weiterhin rauche.

*„Dann schmeisst man halt noch ein bisschen Gras rein, macht ja keinen grossen Unterschied.“*

Die Teilnehmenden waren aber auch der Meinung, dass eine längerfristige Tabakabstinenz unwahrscheinlich ist, wenn man weiterhin kiffen würde.

Einige Jugendliche hatten ausserdem die Erfahrung gemacht, dass wenn sie einen Cannabisrauchstopp durchgeführt oder mit beiden Substanzen gleichzeitig aufgehört haben, mehr

Alkohol tranken. Sie begründen diese Verlagerung damit, dass „man halt irgendeinen Ersatz braucht“ und Alkohol wie auch Cannabis einen „berauschenden Effekt“ habe.

#### 4.2.3 Konsumverhalten und -gründe

In beiden Fokusgruppen hatten alle Teilnehmenden sowohl Erfahrungen mit (regelmässigem) Cannabis- als auch Tabakkonsum. Bei den Jugendlichen rauchten alle mehr oder weniger regelmässig Cannabis und ausser einer Person auch täglich Tabak. In der Erwachsenengruppe konsumierte zur Zeit des Gesprächs nur noch eine Person Cannabis, zwei Personen rauchten Tabak und eine Person rauchte gar nicht mehr.

Während es beim Tabakrauchen darum ginge, „etwas in der Hand zu halten“ oder sich die Zeit zu vertreiben, sei die Hauptfunktion des Kiffens für die Jugendlichen Stressbewältigung und Entspannung. So ginge es ihnen dabei vor allem darum, nach einem stressigen Tag „runterzukommen“, „abzuschalten“ und „den Alltag zu vergessen“. Eine Teilnehmerin meinte diesbezüglich: „Das ganze Leben ist so stressig, da braucht man einfach etwas zum Entspannen am Abend.“ Dass diese Art von Entspannung jedoch nur für den Moment Erleichterung schaffe und dadurch keine Probleme gelöst würden, war allen Jugendlichen klar. Eine erwachsene Person berichtete jedoch, dass Kiffen ihr helfe, alltägliche Probleme zu bewältigen und unterstrich dies mit folgender Aussage:

*„Wenn ich nicht kiffen würde, müsste ich wohl zum Psychiater.“*

Für die erwachsenen Teilnehmenden sei aber insgesamt eher ein spezieller Anlass oder das Zusammensein mit Freunden Grund dafür, weshalb gekifft würde. Der Genussfaktor stehe dabei im Mittelpunkt und Cannabisrauchen würde von einigen mit einem Glas Wein trinken verglichen. Dies sei jedoch nur dann der Fall, wenn man den Konsum „im Griff“ haben würde. Aber auch für die Jugendlichen sei Kiffen nebst einem Freizeit- und Entspannungs- auch klar ein Gruppenritual:

*„Kiffen tut man im Freundeskreis.“*

Diese Aussage und die Äusserung einiger Jugendlichen, dass sie sich unwohl fühlten, wenn sie sich mit Personen aufhalten, die nicht bekifft seien und deshalb das Beisammensein mit ebenfalls kiffenden Personen bevorzugen würden, weist auf den beträchtlichen Einfluss des sozialen Umfeldes bzw. des Freundeskreises auf den Cannabiskonsum im Jugendalter hin.

*„Was soll man mit denen, die nicht kiffen schon reden? Die finden einen eh nur blöd, wenn man bekifft ist.“*

Es berichten ausserdem alle Teilnehmenden, dass sie im Freundeskreis zu kiffen begonnen haben. Trotzdem waren die meisten Teilnehmenden der Meinung, dass man auch in einem Freundeskreis, in dem gekifft würde, einen Cannabisstopp schaffen kann. Man müsse dies dann aber wirklich wollen und auch klar kommunizieren.

Ausserdem wurde auch Tabak meistens zusammen mit Freundinnen und Freunden erstmals konsumiert.

Die Jugendlichen und Erwachsenen waren sich hingegen einig, dass sobald viel und regelmässig gekifft würde, sich die Konsumgründe nicht mehr so stark unterscheiden. So ginge es bei starkem Konsum vor allem um die Substanz an sich, das heisst um die eigentliche Wirkung. Kiffen sei dann auch nicht mehr zwingendermassen an das Zusammensein mit Freunden gekoppelt und es ginge dabei nicht mehr um die bewusstseinsverändernde Wirkung des Cannabis. Des Weiteren spiele bei

einem starken Cannabiskonsum auch das Ritual, das heisst Bauen eines Joints, keine so grosse Rolle mehr, wie wenn beispielsweise nur abends gekifft würde.

#### **4.2.4 Mögliche Ausstiegsgründe**

Die Gründe, weshalb jemand mit Tabakrauchen aufhören möchte, waren gemäss den Jugendlichen und den Erwachsenen klar gesundheitlicher Natur. Nur eine Person berichtete, dass sie zurzeit ebenfalls aus gesundheitlichen Gründen mit Kiffen aufzuhören versuche.

Für die Jugendlichen waren eine Verschlechterung der Schulleistungen und/oder negative psychische Veränderungen wie Interessenslosigkeit, Apathie oder sozialer Rückzug klare Gründe dafür, den Cannabiskonsum einzustellen bzw. zu reduzieren. Ebenfalls nicht mehr oder weniger kiffen würden sie, wenn es kein Genuss mehr sei, sondern nur noch Gewohnheit, wie das Tabakrauchen, oder wenn sie Autofahren lernen würden.

Von einer erwachsenen Person wurde berichtet, dass Kiffen irgendwann einfach nicht mehr in ihr Leben gepasst habe und sie „seriöser“ geworden sei.

*„Mit dem Kiffen aufhören, hat sich dann irgendwann einfach so ergeben“*

Insgesamt wurde aber von allen Teilnehmenden betont, dass die Gründe, weshalb jemand mit Kiffen aufhören möchte, vermutlich sehr individuell seien und deshalb im Einzelfall betrachtet werden müssten.

#### **4.2.5 Eigene Rauchstopperfahrungen**

In der Gruppe der Jugendlichen gab es sowohl Personen, die mit Tabakrauchstoppkursen als auch solche, die mit Cannabisberatung Erfahrungen hatten. Die Tabakrauchstoppkurse waren aber gemäss den Teilnehmenden nicht sehr effektiv. Sie erklären sich diesen Misserfolg unter anderem damit, dass sie nur auf Druck der Mutter oder einer Freundin teilgenommen hätten und weil sie sich als Jugendliche teilweise nicht ganz ernst genommen fühlten.

Einige Jugendliche gingen zum Zeitpunkt der Diskussion in eine Cannabisberatung, welche sie als sehr positiv bewerten. Die beratende Person wurde als kompetent erlebt, weil sie „weiss, wovon sie redet“ und sich nicht nur auf Fachbücher und Studien bezog. So gingen die Jugendlichen das erste Mal zwar auf Druck der Eltern hin, danach jedoch aus eigenem Willen.

Von den Jugendlichen wurden einige negative Ergebniserwartungen bzw. Befürchtungen im Zusammenhang mit einem Cannabisstopp geäussert. So berichten einige, dass sie nach einem Cannabisrauchstopp massive Appetit- und Schlafstörungen gehabt hätten und nie ganz zur Ruhe gekommen bzw. „rastlos“ geworden seien.

Im Zusammenhang mit einem Tabakrauchstopp befürchteten die weiblichen Jugendlichen vor allem eine Gewichtszunahme.

#### **4.2.6 Allgemeine Beurteilung eines integrativen Angebotes**

Weil der Konsum von Tabak und Cannabis zusammenhänge, sei die Wahrscheinlichkeit erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören bestimmt höher, wenn man einen Doppelausstieg machen würde. Ein solches Angebot würde in dieser Hinsicht gemäss den Teilnehmenden also durchaus Sinn machen.

Die Bereitschaft, gleichzeitig mit beidem aufzuhören, wurde jedoch sowohl von den Jugendlichen als auch von den Erwachsenen als eher gering eingeschätzt. Begründet wurde diese Vermutung damit, dass ein Rauchstopp als ein „Verlust“ erlebt und gleich beides „zu verlieren“ manche Personen allenfalls überfordern würde. Vor allem für Personen, die aufgrund negativer psychischer

Veränderungen mit Kiffen aufhören wollten, würde gemäss den Jugendlichen ein solcher Doppelausstieg vermutlich eine Überforderung darstellen. Ausserdem waren sie auch der Meinung, dass sich der Cannabiskonsum mit fortschreitendem Alter beziehungsweise dem Beginn des „*Ernst des Lebens*“ wie der Einstieg in die Arbeitswelt oder Familiengründung „*automatisch*“ einstellen oder reduzieren würde, es also nicht notwendig sei, aktiv etwas dagegen unternehmen zu müssen, solange sie die notwendigen Leistungen erbringen und auch sonst nicht allzu lasch würden. Im Alter zwischen 16 und 22 Jahren schätzen die Teilnehmenden deshalb die Bereitschaft mit Kiffen aufzuhören als sehr gering ein und fanden deshalb die Fokussierung auf eine der beiden Substanzen (bevorzugt Cannabis) als sinnvoller.

Trotzdem sei es den jugendlichen und erwachsenen Teilnehmenden und - so wurde vermutet - wohl auch allen Konsumierenden klar, dass aufgrund der Interaktion dieser beiden Substanzen eigentlich auch mit dem Tabakrauchen und dem Kiffen aufgehört werden müsste, wenn ein längerfristig erfolgreicher Ausstieg angestrebt würde. Gemäss den Jugendlichen müsste ein solches Angebot also auf Personen abzielen, die im Sinne einer radikalen Lebensumstellung „*ganz aufhören*“ wollten. Und falls im Rahmen eines integrativen Angebotes eine umfassende Unterstützung gewährleistet werden könne, dann sei gemäss den Jugendlichen und den Erwachsenen ein solcher Doppelausstieg vermutlich möglich.

#### **4.2.7 Ausgestaltung eines integrativen Angebotes**

Das Wichtigste bzw. die Voraussetzung für einen doppelten Rauchstopp sei gemäss den Teilnehmenden die Einsicht, dass beide Substanzen eng zusammenhängen würden. Dies könne beispielsweise mit einer ausführlichen Informationsvermittlung zu Beginn eines solchen Programms gewährleistet werden. Im Rahmen eines solchen „*Infoabends*“ sollten auch die negativen Folgen des Cannabiskonsums thematisiert werden, weil die gemäss den Erwachsenen oft unterschätzt würden. Verglichen mit einem gängigen Tabakrauchstopp-Kurs, müsste gemäss den Erwachsenen in einem solchen Angebot ausserdem verstärkt das Augenmerk auf die individuelle Situation gerichtet werden. So sei es zum Beispiel verständlicher, weshalb eine Person bereits morgens kiffte, wenn klar ist, dass sie arbeitslos sei.

Aufgrund der Integration von zwei Substanzen werde die Situation gemäss den Erwachsenen insgesamt aber komplexer. Denn die Kursteilnehmenden stünden bezüglich Motivation und Ziele vermutlich an unterschiedlichen Punkten und würden sich auch bezüglich Konsummuster gegenseitig vielleicht stark unterscheiden.

Es sei deshalb sehr wichtig, dass die Teilnehmenden ein gemeinsames Ziel entwickeln würden und die Gruppe homogen sei. Idealerweise müssten alle Teilnehmenden beide Substanzen konsumieren und somit „*im gleichen Boot sitzen*“.

Vor allem aufgrund der Diskussion unter den Jugendlichen wurde klar, dass bei einem solchen Doppelausstieg, wo jemand quasi „*alles verliert*“, adäquate Ersatzhandlungen zur Entspannung und Stressreduktion angeboten bzw. zusammen mit den Teilnehmenden entwickelt werden müssten. Ansonsten könne unter anderem die Gefahr einer Verlagerung hin zum Alkoholkonsum bestehen. Allgemein sei es gemäss den jugendlichen und erwachsenen Teilnehmenden wichtig, in einem solchen Angebot den „*gemeinsamen Nenner*“, das heisst die Abhängigkeit bzw. Sucht zu betonen. Denn die meisten Personen betrachten Tabakrauchen und Kiffen als zwei voneinander unabhängige Probleme und nicht als kombiniertes Phänomen.

Eine Schwierigkeit könnte gemäss den Teilnehmenden bei der Ausgestaltung eines solchen Angebotes die Illegalität von Cannabis sein. Aufgrund derer könnten vermutlich viele Personen nicht

zu ihrem Konsum stehen und würden unter Umständen zögern, sich bei einem solchen Angebot anzumelden.

#### **4.2.8 Mögliche Zielgruppe(n)**

Insgesamt wurde vermutet, dass die Zielgruppe aufgrund der notwendigen Bereitschaft für einen Doppelausstieg eher klein sei. Ausserdem seien stark kiffende Personen schwer zu erreichen, so die Erwachsenen. Zudem handle es sich bei Teilnehmenden von Tabakrauchstopp-Kursen bzw. Cannabiskursen vermutlich um „andere Personen“, das heisst Erstere machen sich vor allem Sorgen um ihre Gesundheit und Letztere haben ein „Drogenproblem.“ Aber es könnte sein, dass mit einem solchen Angebot Personen erreicht werden könnten, die bis anhin keinen „Platz“ gefunden haben, nämlich diejenigen die kiffen und einen Tabakrauchstopp-Kurs besuchen wollten, dies dort jedoch niemals zugeben würden. Darin liegt gemäss den Teilnehmenden auch ganz klar der Mehrwert eines solchen Angebotes.

Das Alter der Zielpersonen liege gemäss den Erwachsenen vermutlich bei ungefähr 25 Jahren.

*„Die haben das Kiffen allmählich satt und würden aber ohne ein solches Angebot bei einem Ausstieg viel mehr Tabak rauchen.“*

### **4.3 Online-Befragung**

#### **4.3.1 Zusammenfassung Ergebnisse der Online-Befragung**

Die Mehrheit der insgesamt 282 an der Online-Befragung Teilnehmenden konsumierten zum Zeitpunkt der Befragung Tabak und Cannabis. So gaben die Meisten an, täglich Tabak und in den letzten sieben Tagen oder drei Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Davon kiffte über ein Drittel der Befragten täglich. Die meisten der Befragten versuchten bereits einmal mit Tabak und ungefähr die Hälfte mit Cannabis aufzuhören. Dabei nahmen aber nur die wenigsten professionelle Hilfe in Anspruch. Die Gründe, weshalb mit Tabakrauchen aufgehört wurde bzw. aufgehört werden würde, unterschieden sich deutlich von denjenigen für einen Cannabisrauchstopp. So wurden beim Tabak vor allem negative Folgen gesundheitlicher und beim Cannabis vor allem psychischer Natur genannt. Häufig wurde im Zusammenhang mit einem Rauchstopp über eine Zunahme des Konsums der jeweils reziproken Substanz berichtet. Trotzdem sah die Mehrheit der Befragten generell (eher) keinen Zusammenhang zwischen dem Konsum von Tabak und Cannabis und war bzw. wäre nicht bereit gewesen, einen Doppelausstieg zu machen. Dennoch war die Mehrheit der Meinung, dass ein Bedarf nach einem integrativen Angebot vorhanden ist und ungefähr ein Drittel der Befragten konnte sich vorstellen bzw. hätte sich vorstellen können, einen Doppelausstieg zu machen. Bei der Ausgestaltung eines integrativen Programms müssten jedoch gemäss den Befragten einige Aspekte wie psychiatrische Unterstützung oder die Entwicklung alternativer Entspannungsmöglichkeiten zusätzlich integriert bzw. stärker gewichtet werden.

#### **4.3.2 Stichprobenbeschreibung**

Insgesamt nahmen 282 Personen zwischen Juli und August 2010 an der Online Befragung teil. 212 (75.2%) Personen füllten den Fragebogen vollständig aus.

Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 28.2 Jahre. Die jüngste Person war 14 und die älteste Person 57 Jahre alt. 46% der Teilnehmenden waren weiblich. Die Männer und Frauen unterschieden

sich nicht signifikant bezüglich den soziodemografischen Daten, ihren Konsummustern und -häufigkeiten oder ihrer Ausstiegsbereitschaft.

85% der befragten Personen wurden in der Schweiz geboren. Die meisten der Befragten waren berufstätig (58.9%) und rund 26% befanden sich noch in Ausbildung. In Abbildung 1 wird die Verteilung der höchsten Ausbildungsabschlüssen dargestellt.

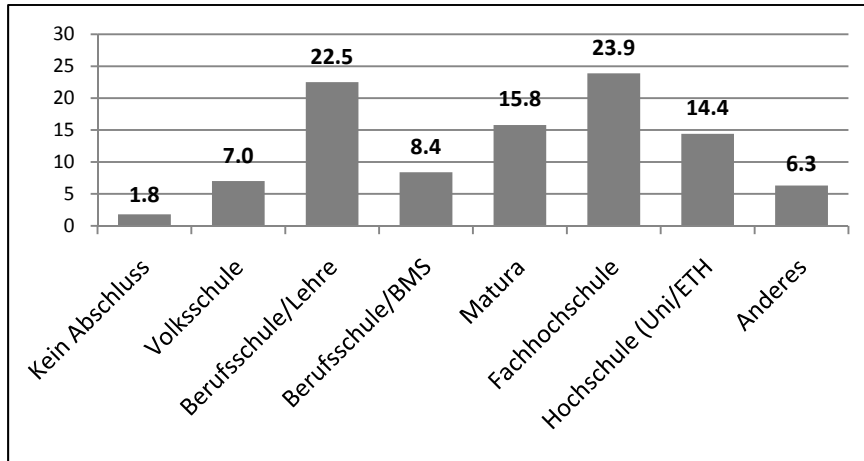


Abbildung 1: Höchster Ausbildungsabschluss (n = 282; Angaben in %)

Anhand des SF-8 wurde der Gesundheitszustand der Befragten erfasst. Die Meisten berichteten über einen allgemein guten bis sehr guten Gesundheitszustand (87.8%) und über ziemlich bis sehr viel Energie (62.5%) in den letzten 4 Wochen verfügt zu haben. In Tabelle 1 werden die Antworten auf die erfragten möglichen Einschränkungen dargestellt.

Tabelle 1: Gesundheitliche/emotionale Probleme in den letzten vier Wochen (n=197; Angaben in %)

|                                                                               | Nein/Kaum | Etwas | Ziemlich/Sehr |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------------|
| Eingeschränkte körperliche Aktivität                                          | 83.7      | 14.7  | 1.5           |
| Schwierigkeiten mit alltäglichen Tätigkeiten wegen gesundheitlichen Problemen | 85.8      | 11.7  | 2.5           |
| Schmerzen                                                                     | 90.9      | 8.6   | 0.5           |
| Beeinträchtigtes Sozialleben                                                  | 73.1      | 18.3  | 8.6           |
| Emotionale Probleme                                                           | 64.0      | 22.3  | 13.7          |
| Schwierigkeiten mit alltäglichen Tätigkeiten wegen emotionalen Problemen      | 76.7      | 17.3  | 6.1           |

#### 4.3.3 Konsumverhalten

Die Mehrheit der Teilnehmenden rauchte täglich Zigaretten (60.3%) und hatte sowohl in den letzten drei Monaten (72%), als auch in den letzten sieben Tagen (52.5%) Cannabis geraucht. Dabei rauchten die meisten der Befragten nicht mehr als zehn (45.8%) oder zwischen 11 und 20 (34.7%) Zigaretten pro Tag. Über ein Drittel der Personen, die Cannabis konsumierten, kiffen täglich, 25.6% sogar mehrmals täglich. Rund 12% gaben an, ein- bis zweimal wöchentlich zu kiffen bzw. gekiffert zu haben und 15.2% konsumierten Cannabis seltener als ein- bis zweimal im Monat. Lediglich 5.4% der Befragten hatten noch nie Cannabis geraucht.

#### 4.3.4 Rauchstopperfahrungen

Die Mehrheit der Befragten hatte schon einmal versucht, mit Tabakrauchen aufzuhören (74.8%), lediglich 4.1% hat aber schon einmal einen Tabakrauchstoppkurs besucht. Rund ein Drittel gab an,

nach dem Rauchstopp mehr Cannabis geraucht zu haben. Ungefähr die Hälfte der Befragten hatte schon einmal versucht, mit Cannabisrauchen aufzuhören. Professionelle Hilfe hatten dabei aber ebenfalls nur die wenigsten (7.9%) in Anspruch genommen. 46% der befragten Personen berichteten, dass sie nach dem Cannabisausstieg mehr Tabak geraucht hätten.

Wie in Tabelle 2 ersichtlich, haben die meisten Befragten einen einzigen Tabak- bzw. Cannabis-rauchstoppversuch gemacht (36.4 bzw. 54.5%).

Tabelle 2: Anzahl Rauchstoppversuche (Angaben in %)

|     | Tabak (n = 132) | Cannabis (n = 77) |
|-----|-----------------|-------------------|
| 1   | 36.4            | 54.5              |
| 2   | 26.5            | 14.3              |
| 3   | 18.9            | 13.0              |
| > 3 | 18.2            | 18.2              |

Zehn Personen hatten Erfahrungen mit Tabakrauchstoppkursen. Sieben dieser Personen (53.8%) berichteten, dass Cannabis dort ein Thema war. Die Hälfte der Personen war aber der Meinung, dass das Thema nicht ausführlich genug behandelt wurde und 60% berichteten im Rahmen des Tabakrauchstoppkurses nicht von ihrem Cannabiskonsum.

Tabak sei gemäss denjenigen Personen, die bereits einmal in Beratung aufgrund ihres Cannabiskonsums waren, ebenfalls eher kein Thema in entsprechenden Beratungen gewesen und wurde dort ihrer Meinung nach auch nicht ausführlich genug behandelt, obwohl die Mehrheit (72.2%) angeblich von ihrem Tabakkonsum berichtet zu haben.

Die meisten der Befragten, die täglich Tabak oder Cannabis rauchten, hatten aber nicht vor, in der nächsten Zeit das Tabakrauchen oder das Kiffen aufzugeben (siehe Tabelle 2). Bei rund 40 bzw. 20% der Befragten war aber die Bereitschaft vorhanden, in der nächsten Zeit (innert sechs Monaten resp. 30 Tagen) mit dem Konsum von Tabak bzw. Cannabis aufzuhören. Dieser Anteil an Tabakrauchenden, der in der nächsten Zeit einen Ausstieg plant, ist im Vergleich zu den gesamtschweizerischen Angaben des Tabakmonitorings Schweiz (2009 : 9% in den nächsten 30 Tagen, 17% in den nächsten sechs Monaten) relativ hoch.

Tabelle 3: Aufhörbereitschaft (n = 233; Angaben in %)

|                               | Tabak | Cannabis |
|-------------------------------|-------|----------|
| Ja, in den nächsten 6 Monaten | 24.0  | 13.3     |
| Ja, in den nächsten 30 Tagen  | 16.3  | 15.5     |
| Nein                          | 59.7  | 71.2     |

In Abbildung 2 werden die Gründe dargestellt, weshalb die Befragten mit Tabak- bzw. Cannabisrauchen aufhören wollen würden bzw. in der Vergangenheit aufgehört hatten. Dabei wird ersichtlich, dass ein Tabakausstieg insgesamt eher aufgrund gesundheitlicher und ein Cannabisausstieg eher aufgrund psychischer Gründe versucht würde bzw. gemacht wurde. Bemerkenswert ist, dass aber trotzdem rund 46% der Befragten gesundheitliche Probleme als Grund dafür betrachteten, um mit Cannabisrauchen aufzuhören. So waren bei der Erfassung der Einstellungen auch 52.5% der Befragten der Meinung, dass Kiffen ihrer Gesundheit schaden würde. Verglichen mit Tabakrauchen, was 90.5% der Befragten als schädlich für die Gesundheit beurteilten, ist dies jedoch ein deutlich geringerer Anteil. Insgesamt wurde also Tabakrauchen als eindeutig

schädlicher für die Gesundheit betrachtet. So empfinden auch rund 66% der Befragten Kiffen und zusätzlich Tabak zu rauchen schädlicher als nur kiffen und „nur“ 49% denken, dass Tabakrauchen und zusätzlich zu kiffen schädlicher sei als das Tabakrauchen alleine.

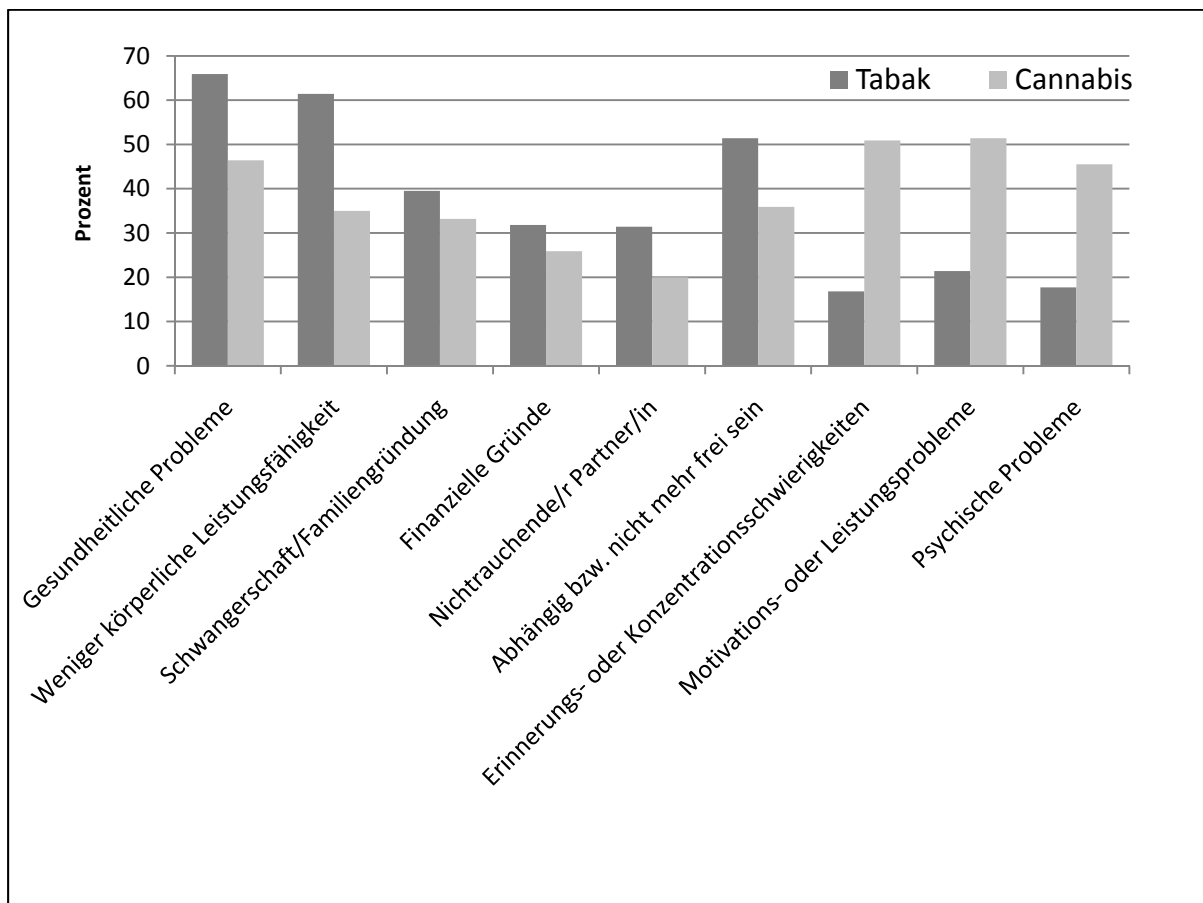


Abbildung 2: Gründe, weshalb die Befragten mit Tabak- bzw. Cannabisrauchen aufhörten/aufhören würden (n = 220; Prozentangaben)

Gleichzeitig mit Rauchen von Tabak und Cannabis auf zu hören, konnten sich die meisten (eher) nicht vorstellen (62.8%) und wenn, dann würde es die Mehrheit eher vorziehen das Tabakrauchen aufgeben (64.2%), als das Kiffen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass Tabakrauchen eher mit negativen gesundheitlichen Konsequenzen in Verbindung gebracht wurde als Kiffen. 37.2% (86 Personen) gaben aber an, eher bereit gewesen zu sein, einen Doppelausstieg zu machen. Die meisten sahen den Vorteil dabei in der generellen Umstellung in Richtung einer allgemein gesünderen Lebensführung. Rund 47% waren zudem der Meinung, dass so ein langfristig erfolgreicher Tabakrauchstopp wahrscheinlicher sei, als wenn nur mit einer der beiden Substanzen aufs Mal aufgehört würde. Die am meisten gewählten vorgegebenen Kategorien bzgl. Nachteile eines Doppelausstiegs waren „Mehr Stress, weil man alles aufgibt“ und „Gefahr, mehr Alkohol zu trinken“. Rund 36% der Befragten gaben an, dass sie der Meinung sind, dass sie keine Entspannungsmöglichkeiten mehr hätten, wenn sie mit Tabak rauchen und Kiffen aufhören würden.

#### 4.3.5 Beurteilung, Bedarf und Ausgestaltung eines integrativen Angebotes

Mehr als die Hälfte der befragten Personen (51.7%) war der Ansicht, dass das Rauchen von Tabak und das Kiffen (eher) nicht zusammenhängen würden. Trotzdem waren die meisten (eher) der

Meinung, dass allgemein ein Bedarf nach einem integrativen Rauchstopp-Programm vorhanden sei (siehe Abbildung 3).

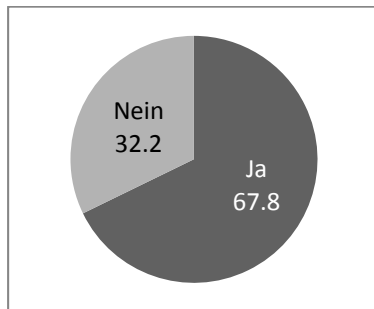


Abbildung 3: Bedarf nach einem integrativen Angebot? (n = 208; Angaben in %)

Am sinnvollsten erachteten die befragten Personen ein solches Programm für die Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen (71.1%). Ebenfalls häufig wurden aber auch die Altersgruppen der 15- bis 20-Jährigen (56.1%) und der 25- bis 30-Jährigen (54.4%) genannt (Mehrfachantwort). Falls die Bereitschaft für einen Doppelausstieg nicht (genügend) vorhanden wäre, dann könnten diese gemäss den Befragten sowohl durch Information (Psychoedukation) über den Zusammenhang zwischen Tabak und Cannabis als auch durch eine vermehrte Verbindung dieser beiden Substanzen im Rahmen präventiver Massnahmen gefördert werden (vorgegebene Antwortoptionen).

Im Vergleich zu gängigen Rauchstopp-Kursen müsste ein integratives Programm zusätzlich psychiatrische Hilfe anbieten, die Entwicklung alternativer Entspannungsmöglichkeiten und Freizeitaktivitäten stärker gewichten, den Zusammenhang zwischen den beiden Substanzen sowie neurologische Aspekte thematisieren und insgesamt intensiver bzw. engmaschiger gestaltet werden. Die meisten Befragten waren ausserdem der Meinung, dass bei einem integrativen Rauchstopp-Programm nur Teilnehmende zugelassen werden sollten, die beide Substanzen konsumieren würden (67%) und die Kursgruppen nach Alter getrennt werden sollten (70%). Als nicht unbedingt notwendig betrachteten die meisten Befragten eine Trennung nach Geschlecht (85.2%).

Rund 40% der Befragten wären bereit gewesen, an einem solchen Programm teilzunehmen und die meisten (rund 75%) gaben an, dass sie ein solches Angebot auch anderen Konsumierenden weiterempfehlen würden.

## 5. Triangulation der Ergebnisse aus den methodischen Zugängen

Um von einem integrativen Rauchstopp-Angebot profitieren zu könne, muss die Bereitschaft für einen Doppelausstieg vorhanden sein. Diese wurde jedoch sowohl seitens der Fachpersonen als auch von den Teilnehmenden der Fokusgruppe insgesamt als eher gering eingeschätzt. In Übereinstimmung mit dieser Annahme gab auch die Mehrheit der Teilnehmenden der Onlinebefragung an, nicht bereit zu sein bzw. gewesen zu sein, mit beiden Substanzen aufzuhören. Eine mögliche Erklärung könnte fehlendes Wissen über den Zusammenhang zwischen den beiden Substanzen und einer somit insgesamt geringen generellen Problemeinsicht sein. Denn während im Rahmen dieser Vorstudie der Zusammenhang zwischen dem Konsum von Tabak und Cannabis von den Fachpersonen und den Personen in den Fokusgruppen, welche sich aufgrund des Rekrutierungsvorgehens über Beratungsstellen bereits vermehrt mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben, klar bestätigt wurde, verneinten diesen die meisten Teilnehmenden der Onlinebefragung oder beurteilten ihn als eher schwach.

Ein weiterer möglicher Grund für die geringe Bereitschaft könnte sein, dass ein solcher Doppelausstieg häufig als Überforderung gesehen wird. Zudem unterscheiden sich sowohl die genannten Konsumgründe als auch mögliche Ausstiegsgründe im Zusammenhang mit Tabak sehr von denjenigen bezüglich Cannabis. Dies könnte ebenfalls eine mögliche Erklärung dafür sein, dass die Bereitschaft mit beiden Substanzen gleichzeitig aufzuhören relativ gering ausfiel. Um diese Bereitschaft zu fördern, was gemäss den Befragten durchaus möglich sei, müssten die Konsumierenden über den vielfältigen Zusammenhang zwischen dem Tabak- und Cannabiskonsum informiert werden, um unter anderem die Einsicht zu erhalten, dass beispielsweise ein längerfristiger Tabakrauchstopp weniger wahrscheinlich ist, wenn weiterhin gekiffert wird. Zudem müsste explizit kommuniziert werden, dass während eines solchen Doppelausstiegs auch medizinische, psychiatrische und/oder psychotherapeutische Unterstützungsmassnahmen gewährleistet wären. Abgesehen davon scheint auch das Informieren über negative gesundheitliche Konsequenzen des Cannabiskonsums sinnvoll, da der Konsum von Cannabis, wie auch in der Studie von Akre et al. (2009) gezeigt werden konnte, als weit weniger schädlich für die Gesundheit als der Tabakkonsum betrachtet wird. Und wie in einer Studie von Annaheim et al. (2007) ersichtlich wurde, scheint vor allem die Wahrnehmung von Problemen beziehungsweise ein gewisser „Leidensdruck“ notwendig zu sein, um bei häufig Cannabisrauchenden (wöchentlich oder sogar täglich) zumindest Überlegungen bezüglich einer Verhaltensänderung zu bewirken.

Trotz Differenzen bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Tabak- und Cannabiskonsum sind sich Fachpersonen, Fokusgruppen und die Mehrheit der online Befragten Konsumierenden einig, dass ein Bedarf für ein integratives Angebot bestehe. Als geeignete Zielgruppe betrachten die befragten Expertinnen und Experten und die Teilnehmenden der Fokusgruppen Personen ab ungefähr 25 Jahren, unter anderem deshalb, weil ein solches Programm gewisse Erfahrungen mit Ausstiegsversuchen voraus setzen würde.

Bei der Ausgestaltung eines integrativen Programms müssten gemäss den Befragten einige Aspekte wie medizinische/psychiatrische Unterstützung oder die Entwicklung alternativer Entspannungsmöglichkeiten zusätzlich integriert bzw. stärker gewichtet werden. Basierend auf den Ergebnissen und Erfahrungen aus der Vorstudie sollen deshalb im Folgenden einige Empfehlungen formuliert werden.

## **6. Empfehlungen**

### **6.1 Empfehlungen für bestehende Tabakrauchstopp-Angebote**

Gemäss den online befragten Personen wurde das Thema Cannabis in gängigen Tabakrauchstopp-Angeboten nicht oder nicht ausführlich genug thematisiert. Und meistens wurde in diesem Rahmen erst gar nicht vom eigenen Cannabiskonsum berichtet. Der Cannabiskonsum nahm aber gemäss den Befragten nach dem Tabakrauchstopp häufig zu. Aufgrund des vielfältigen Zusammenhangs zwischen dem Konsum dieser Substanzen scheint es somit sinnvoll, das Thema Cannabis in Tabakrauchstopp-Angeboten zu integrieren. Dabei ist es wichtig, dass eine werteneutrale, offene und nicht-moralisierende Grundhaltung vertreten wird und diese, zusammen mit einer prozessförderlichen, motivierenden Programmatmosphäre ermöglicht, sich auch über illegalen Cannabiskonsum zu äussern und dessen Zusammenhänge mit dem Tabakkonsum zu thematisieren. Im Einzelfall müssten falls als notwendig erachtet weitere (medizinische, psychiatrische und/oder psychotherapeutische) Behandlungsmassnahmen eingeleitet oder falls möglich eine Überweisung in ein integratives Angebot stattfinden.

### **6.2 Empfehlungen für bestehende Cannabisrauchstopp-Angebote**

In den meisten Cannabisberatungen wurde gemäss den online Befragten der eigene Tabakkonsum erwähnt. Es wurde aber angeblich nicht weiter bzw. ausführlich genug darauf eingegangen. Dies könnte unter anderem deshalb problematisch sein, weil Studien zufolge (Agrawal et al. 2008a, Levin et al. 2010, Timberlake et al. 2007, Schaub et al. 2010) und gemäss den vorliegenden Ergebnissen und Erfahrungen nach einem Cannabisrauchstopp oft mehr Tabak konsumiert wird. Somit scheint es sinnvoll, in den bestehenden Angeboten auch den Tabakkonsum zu thematisieren um dadurch allenfalls dessen Konsumanstieg zu vermeiden bzw. bei Ausstiegsbereitschaft in einem zweiten Schritt zu behandeln.

### **6.3 Empfehlungen für die Ausgestaltung eines integrativen Rauchstopp-Angebotes**

Eine werteneutrale, offene und nicht-moralisierende Grundhaltung sollte auch im Zusammenhang mit einem integrativen Angebot angestrebt werden.

Da der Bedarf eines integrativen Rauchstopp-Programms für den gleichzeitigen Ausstieg aus dem Tabak- und Cannabiskonsum grundsätzlich vorhanden, jedoch die Bereitschaft für einen gleichzeitigen Ausstieg vermutlich gering ist, ergeben sich ausserdem verschiedene weitere Konsequenzen für die Ausgestaltung eines integrativen Angebots. Als übergeordnete Anforderung muss ein solches Angebot eine umfassendere, das heisst medizinische/psychiatrische und allenfalls psychotherapeutische Unterstützung der potentiellen Teilnehmenden bieten. Weiter empfehlen sich folgende Anpassungen bezüglich Bekanntmachung und Setting sowie den inhaltlichen Aspekten.

#### **6.3.1 Bekanntmachung und Setting**

Eine Spezifizierung auf zwei verschiedene Altersgruppen, die sich vermutlich in *unter* und *über 25 Jahre* unterteilt, scheint naheliegend. Für eine erste Pilot- bzw. Machbarkeitsstudie eines integrativen Angebots wäre es besser, auf die ältere Gruppe ab zu zielen und erst nach einer allenfalls erfolgreichen Pilotstudie auf die jüngere, schwieriger und allenfalls nur in einem breiteren familiären Zusammenhang zu motivierende Gruppe einzugehen. Falls dennoch der Versuch eines integrativen Angebots für eine Gruppe unter 25-Jährigen gestartet werden sollte, biete sich ein

psychoedukativer Miteinbezug des sozialen Umfelds (Eltern, LehrmeisterIn, LehrerIn etc.) an, der dem Umfeld zuerst die Zusammenhänge zwischen Cannabis- und Tabakkonsum erläutert. In einem nächsten Schritt könnten familientherapeutische Ansätze in Ergänzung zu Motivationaler Gesprächsführung bei jungen Erwachsenen sowohl im Einzel-, Familien- oder auch Gruppensetting erfolgsversprechend sein. Dabei sollte der soziale Bezugsrahmen mit Gleichaltrigen und die individuelle Identitätsbildung bei jungen Erwachsenen im Zusammenhang mit Tabak- und Cannabiskonsum besonders berücksichtigt werden. Eine Unterteilung nach Geschlecht scheint sich aber in diesem Zusammenhang nicht aufzudrängen, was allerdings die Berücksichtigung von Gender-spezifischen Aspekten nicht ausschliesst. Auf eine Spezifizierung aufgrund der sexuellen Orientierung sowie des Migrationshintergrundes könnte im Rahmen einer allfälligen Pilotstudie vorerst verzichtet werden, wobei sich gerade diesbezüglich die Integration der Problematik des Co-Konsums von Tabak und Cannabis in bestehende spezifische Tabakrauchstopp-Kurse anbietet (folglich Kapitel 6.1). Im Folgenden soll aufgrund der vermutlich wesentlich geringeren Realisierungschancen für ein entsprechendes integratives Angebot für Jugendliche detaillierter auf ein integratives Angebot für Erwachsene (ab ca. 25 Jahre) eingegangen werden.

Grundsätzlich bietet sich für ein integratives Angebot für Erwachsene das Gruppensetting an, das aber um allfällige zusätzliche Einzelgespräche bei Bedarf ergänzt werden könnte. Für die zielgruppenspezifische Bekanntmachung bietet sich eine Kombination von Motivationaler Gesprächsführung mit psychoedukativen Elementen an, welche auf die Zusammenhänge von Tabak- und Cannabiskonsum fokussieren. So könnte die oben beschriebene Grundhaltung explizit realisiert werden. Zudem existieren mehrere positive Befunde zum Einsatz von Motivationaler Gesprächsführung aus Cannabisrauchstopp-Kursen (Dennis et al. 2004). Gerade die Integration von Motivationaler Gesprächsführung mit solchen psychoedukativen Elementen liesse sich über das Internet als erste motivationale Kontaktaufnahme gut realisieren. Entsprechende Modelle aus anderen Bereichen existieren bereits für Erwachsene. Zudem sollte der Umstand genutzt werden, dass ein solches Angebot von der überwiegenden Mehrzahl – sei es, weil sie selbst zu einem Doppelkonsumausstieg bereit wären oder nicht – weiteren potentiellen Programmteilnehmenden empfohlen werden könnte. Eine weitere, ergänzende Möglichkeit bestände in der Vermittlung eines individuellen normativen Feedbacks über das Internet, das sich an den quantitativen Ergebnissen der Vorstudie sowie den Studienergebnissen von Agrawal et al. (2008a), Akre et al. (2010), Taylor et al. (2002/2003), Levin et al. (2010), Timberlake et al. (2007), Schaub et al. (2010) orientiert.

Konkret empfiehlt sich bei erwachsenen Personen als erstes Treffen ein offener Informationsabend an einem werteneutralen Ort, zu welchem im Vorfeld explizit kommuniziert wird, dass Personen mit Cannabis- und Tabakkonsum, die noch konsumieren, eingeladen sind. An diesem Informationsabend könnten psychoedukative Elemente zu den Zusammenhängen zwischen Tabak- und Cannabiskonsum sowie Elemente der Motivationalen Gesprächsführung wiederholt bzw. vertieft und bereits ein Zusammengehörigkeitsgefühl vermittelt werden. Dabei bestünde die Möglichkeit, dass auch schon individuelle normative Feedbackergebnisse von den Teilnehmenden aus dem Internet an den Informationsabend mitgebracht und thematisiert werden könnten. Wichtig wäre an diesem Informationsabend nebst der Einführung und der Übersicht des integrativen Rauchstopp-Programms aber auch die Vermittlung von Vertrauen und Sicherheit mittels eines umfassenden Betreuungskonzeptes, das insbesondere in den ersten Tagen nach dem Konsumstopp beider Substanzen zur Verfügung stehen sollte, um allfälligen Ängsten gegenüber einem solchen doppelten Konsumstopp Rechnung zu tragen.

Entsprechend müssten die Programmleitenden über fundierte wissenschaftliche Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Tabak-, Cannabis- und Alkoholkonsum und umfassende somatische und psychiatrische Kenntnisse zu Schädigungen durch solchen Konsum verfügen. Weiter wären Kenntnisse über allfällige komorbide psychische Störungen sowie ergänzende somatische und psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten für die Zeit während des integrativen Programms für die Erleichterung des Konsumstopps von Tabak und Cannabis, den Umgang mit allenfalls auftretenden somatischen oder psychischen Komplikationen nötig. Entsprechend müssten Programmleitende bei mangelndem Vorwissen entsprechend geschult und bei Bedarf supervisorisch unterstützt werden. Ein Teil der Betreuung könnte von den Programmleitenden im Einzelgesprächssetting intensiviert werden, wobei die eigentliche ergänzende Behandlung bei Bedarf auch durch externe medizinische Fachpersonen erfolgen könnte, die aber mit dem integrativen Rauchstopp-Programm vertraut wären sowie idealerweise mit den Programmleitenden zusammenarbeiten würden.

### **6.3.2 Inhaltliche Aspekte**

Grundsätzlich könnte nebst den spezifischen psychoedukativen Themen, einer umfassenden Konsumanalyse im Sinne einer kognitiv-behavioralen Verhaltensanalyse die in gängigen Rauchstopp-Angeboten ebenfalls thematisierten Aspekte wie Zielentwicklung, Motivation, Ergebniserwartung, Selbstwirksamkeit, Umgang mit Risikosituationen, Bewältigungsstrategien sowie Entspannungsverfahren inhaltlich von Relevanz sein.

Für die Psychoedukation zu Beginn sollten insbesondere folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Cannabis konsumieren hat ab einer bestimmten Häufigkeit mindestens so hohe somatische Konsequenzen wie das Tabakrauchen.
- Der Co-Konsum von Tabak und Cannabis bewirkt unabhängige und somit additive Schädigungen auf die respiratorischen Funktionen (Taylor et al. 2002/2003).
- Jugendliche und junge Erwachsene unterschätzen den Cannabiskonsumausstieg bzw. das Ausmass der eigenen Abhängigkeit systematisch (Akre et al. 2010).
- Bei einem Tabak- oder Cannabiskonsumausstieg besteht die Gefahr einer Zunahme des Konsums der jeweils reziproken Substanz (Agrawal et al. 2008a; Akre et al. 2010; Timberlake et al. 2007; Schaub et al. 2010)
- Deshalb ist ein längerfristiger Konsumausstieg wahrscheinlich erfolgsversprechender, wenn mit dem Konsum beider Substanzen gleichzeitig und nicht nur mit einer Substanz aufgehört wird.

Ebenfalls sollten aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse der psychogenen Wirkungen, der Abhängigkeitsgefahren und den physischen und psychischen Entzugssymptomen von Cannabis und Tabak thematisiert werden (siehe z.B. Hall und Degenhardt 2009, Hatsumaki et al. 2008).

Ein besonderes Augenmerk sollte auf allfällige psychische Komorbiditäten gerichtet werden. Diese könnten zu Beginn der Intervention anhand eines Screening-Fragebogens bzw. einer genauen Abklärung der Gründe eruiert werden, die ermitteln, weshalb Cannabis konsumiert wird. Für die Bewältigung von Risikosituationen sind wahrscheinlich sowohl bei der Tabak- als auch bei der Cannabisentwöhnung Ersatzhandlungen und das Anwenden von anderen (nicht süchtig machenden) Alternativen zentral, wobei im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum nicht die Gewohnheit, sondern die Entspannung sowie das Konsumritual im Mittelpunkt stehen sollte. Entsprechend müssten andere Entspannungsmöglichkeiten und Ersatzhandlungen vorgestellt, aber auch

individuelle Möglichkeiten und Ansätze im Gruppensetting gesammelt, ausgetauscht und geprüft werden. Dabei sollten ein möglicherweise ansteigender Alkoholkonsum und dessen Kontrolle unbedingt mitberücksichtigt werden. Nebst dem Platz für individuelle Ansätze sollte aber auch das Gruppenzugehörigkeitsgefühl als Cannabis konsumierende Tabakrauchende, die gemeinsam aufhören wollen, gefördert werden.

Für den Konsumausstieg sollte ein gemeinsames Datum definiert werden, zu welchem sich die jeweiligen Gruppenteilnehmenden gegenseitig verpflichten, mit dem Konsum von Tabak und Cannabis aufzuhören. Dabei kann eine generelle Entwicklung zu einem gesünderen Lebensstil möglicherweise den gleichzeitigen Konsumausstieg zusätzlich unterstützen helfen. Entsprechende Inhalte für einen gesünderen Lebensstil könnten ähnlich wie in einigen bestehenden Tabakrauchstopp-Kursen genutzt werden.

## **7. Danksagung**

Unser Dank gilt allen namentlich erwähnten Expertinnen und Experten sowie den Teilnehmenden an den Fokusgruppen und an der Online-Befragung. Die Meinungen und Erfahrungen aller Beteiligten sind ein wichtiger Baustein für eine allfällige Entwicklung eines integrativen Rauchstopp-Programms. Ausserdem möchten wir uns auch bei allen Institutionen bedanken, die uns bei der Online-Befragung durch das Publizieren des Umfragelinks auf ihrer Webseite bzw. durch das Verweisen auf die Umfrage oder Vermitteln an geeignete Plattformen unterstützten. Vielen Dank!

## 8. Literatur

- Agrawal A, Lynskey MT, Pergadia ML, Bucholz KK, Heath AC, Martin NG, Madden PA (2008a). Early cannabis use and DSM-IV nicotine dependence: a twin study. *Addiction* 103(11):1896-904.
- Agrawal A, Madden PA, Bucholz KK, Heath AC, Lynskey MT (2008b). Transitions to regular smoking and to nicotine dependence in women using cannabis. *Drug Alcohol Depend* 95(1-2):107-14.
- Akre C, Michaud PA, Berchtold A, Suris JC (2009). Cannabis and tobacco use: where are the boundaries? A qualitative study on cannabis consumption modes among adolescents. *Health Educ Res* 25(1):74-82.
- Annaheim B, Rehm J, Neuenschwander M, Gmel G (2007). Mit Kiffen aufhören. Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung bei Cannabisgebrauchenden in der Schweiz. *Int J Public Health* 52:233-241.
- Anthony, JC (2006). The epidemiology of cannabis dependence. In: R Roffman/RS Stephens (Eds.), *Cannabis dependence: its nature, consequences and treatment* (pp 58-105). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Wagner FA, Anthony JC (2002). From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology* 26(4):479-88.
- Arbeitsgruppe Cannabismonitoring im Auftrag des BAG (2008). Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007. Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Baca CT, Yahne CE (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *J Subst Abuse Treat* 36(2):205-19.
- Benyamina A, Lecacheux M, Blecha L, Reynaud M, Lukasiewicz M (2008). Pharmacotherapy and psychotherapy in cannabis withdrawal and dependence. *Expert Rev Neurother* 8(3):479-91.
- Budney AJ, Hughes JR (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Curr Opin Psychiatry* 19(3):233-8.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2008, 2009). Migrationsbericht 2008. Bern: Bundesamt für Migration.
- Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Sanci L, Patton GC (2002). Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction* 97(2):187-94.
- Copeland AL, Martin PD, Geiselman PJ, Rash CJ, Kendzor DE (2006). Smoking cessation for weight-concerned women: group vs. individually tailored, dietary, and weight-control follow-up sessions. *Addict Behav* 31(1):115-27.
- Copeland J, Swift W (2009). Cannabis use disorder: epidemiology and management. *Int Rev Psychiatry* 21(2):96-103.
- Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP (2004a). Tabakentwöhnung 1. Teil: Wie es geht und was es bringt. *Swiss Medical Forum* 4:764-770.
- Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP (2004b). Tabakentwöhnung 2. Teil: Empfehlungen für die tägliche Praxis. *Swiss Medical Forum* 4:792-805.
- Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Liddle H, Titus JC, Kaminer Y, Webb C, Hamilton N, Funk R (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat* 27(3):197-213.
- Diamond G, Godley SH, Liddle HA, Sampl S, Webb C, Tims FM, Meyers R (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction* 97 (Suppl 1):70-83.

- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2008). Annual report 2008. Download am 28.7.09. <http://www.emcdda.europa.eu/events/2008/annual-report>.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Rockville, MD: Public Health Service. Download am 27.07.2009 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.28163>
- Gays Mens Health Charity GMFA. Smoking Cessation Programme – Facilitators’ Notes. Available on request: [www.gmfa.org.uk](http://www.gmfa.org.uk).
- Gradl S, Kröger C, Floeter S, Piontek D (2009). Evaluation eines modernen Tabakentwöhnungsprogramms. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 2:169-185.
- Greenbaum TL (1998). The Handbook for Focus Group Research. 2<sup>nd</sup> edition. London: SAGE Publications.
- Gulliver SB, Kamholz BW, Helstrom AW (2006). Smoking cessation and alcohol abstinence: what do the data tell us? Alcohol Res Health 29(3):208-12.
- Hall W, Degenhardt L (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. Lancet 374(9698): 1383-1391.
- Hall SM, Prochaska JJ (2009). Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. Annu Rev Clin Psychol 5:409-31.
- Hall WD, Lynskey M (2005). Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. Drug Alcohol Rev 24(1):39-48.
- Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC (2008). Tobacco addiction. Lancet 371(9629):2027-38.
- Höfler M, Lieb R, Perkonig A, Schuster P, Sonntag H, Wittchen HU (1999). Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. Addiction 94(11):1679-1694.
- Institut für Therapieforchung. Das Rauchfrei Programm, Überarbeitung von “Rauchfrei in 10 Schritten”. Online auf Anfrage erhältlich bei [www.rauchfrei-programm.de](http://www.rauchfrei-programm.de).
- Keller R, Radtke T, Krebs H, Hornung R (2009). Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2008. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Keller R, Radtke T, Krebs H, Hornung R (2010). Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2009. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum.
- Körkel J (2008). Kiss-Handbuch. Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS). GK Quest Akademie GmbH, Heidelberg; 4. Auflage.
- Levin KH, Copersino ML, Heishman SJ, Liu F, Kelly DL, Boggs DL, Gorelick DA (2010). Cannabis withdrawal symptoms in non-treatment-seeking adult cannabis smokers. Drug Alcohol Depend: in press.
- Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 3:CD001055.
- McFall M, Saxon AJ, Thompson ChE, Yoshimoto MA, Malte C, Straits-Troster K, Kanter E, Zhou X-HA, Dougherty CM, Steele B (2005). Improving the Rates of Quitting Smoking for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. Am J Psychiatry 162(7):1311-1319.
- McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T (2008). New Zealand Guidelines Group. New Zealand smoking cessation guidelines. N Z Med J 121(1276):57-70.

- Nordstrom BR, Levin FR (2007). Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature. *Am J Addict* 16(5):331-42.
- Okuda M, Hasin DS, Olfson M, Khan SS, Nunes EV, Montoya I, Liu SM, Grant BF, Blanco C (2010). Generalizability of clinical trials for cannabis dependence to community samples. *Drug Alcohol Depend*: in press.
- Radtke T, Keller R, Krebs H, Hornung R (2008). Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in den Jahren 2001 bis 2007/08. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Raw M, McNeill A, West R (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Health Education Authority. Thorax* 53 (Suppl 5):1-19.
- Reid MS, Fallon B, Sonne S, Flammino F, Nunes EV, Jiang H, Kourniotis E, Lima J, Brady R, Burgess C, Arfken C, Pihlgren E, Giordano L, Starosta A, Robinson J, Rotrosen JJ (2008). Smoking cessation treatment in community-based substance abuse rehabilitation programs. *Subst Abuse Treat* 35(1):68-77.
- Sallit J, Ciccazzo M, Dixon Z (2009). A cognitive-behavioral weight control program improves eating and smoking behaviors in weight-concerned female smokers. *J Am Diet Assoc* 109(8):1398-405.
- Schaub M, Gmel G, Annaheim B, Killias M, Uchtenhagen A (2008). Schlussbericht Cannabismonitoring 2004-2007. Report to the Swiss Federal Office of Public Health.
- Schaub M, Gmel G, Annaheim B, Mueller M, Schwappach D (2010). Leisure time activities that predict initiation, progression and reduction of cannabis use: a prospective, population-based panel survey. *Drug Alcohol Rev* 29(4):378-84.
- Schnoz D, Schaub M, Cangatin S, Salis Gross C (2008). Efficacy of Smoking Cessation Programs for Turkish Migrants in Switzerland. Report to the Tobacco Prevention Fund.
- Shelley D, Fahs M, Yerneni R, Das D, Nguyen N, Hung D, Burton D, Chin M, Chang MD, Cummings KM (2008). Effectiveness of tobacco control among Chinese Americans: a comparative analysis of policy approaches versus community-based programs. *Prev Med* 47(5):530-6.
- Spring B, Pagoto S, Pingitore R, Doran N, Schneider K, Hedeker D (2004). Randomized controlled trial for behavioral smoking and weight control treatment: effect of concurrent versus sequential intervention. *J Consult Clin Psychol* 72(5):785-96.
- Strauss A, Corbin J (1990). Basics of qualitative research. Grounded theory. Procedures and Techniques. Newbury Park etc., SAGE.
- Sullivan MA, Covey LS (2002). Current perspectives on smoking cessation among substance abusers. *Curr Psychiatry Rep* 4(5):388-96.
- Taylor DR, Hall W; Thoracic Society of Australia and New Zealand (2003). Respiratory health effects of cannabis: position statement of the Thoracic Society of Australia and New Zealand. *Intern Med J.* 33(7): 310-313.
- Taylor DR, Fergusson DM, Milne BJ, Horwood LJ, Moffitt TE, Sears MR, Poulton R (2002). A longitudinal study of the effects of tobacco and cannabis exposure on lung function in young adults. *Addiction* 97(8):1055-1061.
- Timberlake DS, Haberstick BC, Hopfer CJ et al. (2007). Progression from marijuana use to daily smoking and nicotine dependence in a national sample of U.S. adolescents. *Drug Alcohol Depend* 88(2-3):272-281.

- Tullis LM, Dupont R, Frost-Pineda K, Gold MS (2003). Marijuana and tobacco: a major connection? *J Addict Dis* 22(3):51-62.
- Vaughn M, Wallace J, Perron B, Copeland V, Howard M (2008). Does marijuana use serve as a gateway to cigarette use for high-risk African-American youth? *Am J Drug Alcohol Abuse* 34(6):782-791.
- Viveros M.P., Marco E.M., File S.E (2006). Nicotine and cannabinoids: parallels, contrasts and interactions. *Neurosci Biobehav Rev* 30(8):1161-1181.
- von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Wittchen HU (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend* 68(1):49-64.
- Wapf V, Schaub M., Kläusler B., Boesch L., Stohler R., Eich D (2008). Barriers to smoking cessation in Swiss methadone and buprenorphine-maintained patients. *Harm Reduct J* 5:10.
- West R (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction* 100(8):1036-9.
- West R, McNeill A, Raw M (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax* 55(12):987-99.