



Universität Zürich  
Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie

**H A N S   K R E B S**  
**Kommunikations- und Publikumsforschung**

---

## Aufhör- bzw. Reduktionsbereitschaft der Raucherinnen und Raucher in der Schweiz

---

Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG),  
Facheinheit Sucht und Aids

April 2004

Roger Keller  
Martin Willi  
Hans Krebs  
Rainer Hornung

## **Anschrift der Autoren**

Prof. Dr. Rainer Hornung, lic. phil. Roger Keller, lic. phil. Martin Willi  
Psychologisches Institut der Universität Zürich  
Sozial- und Gesundheitspsychologie, Rämistrasse 66, CH-8001 Zürich

Hans Krebs  
Kommunikations- und Publikumsforschung  
Geeringstrasse 93, CH-8049 Zürich

## **Durchführung der Erhebungen**

LINK Institut für Markt- und Sozialforschung, Spannortstrasse 7/9, 6000 Luzern 4

## **Auftraggeber**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Facheinheit Sucht und Aids, Sektion Grundlagen und Forschung  
Dr. Marta Kunz (Vertrag Nr.: 02.001670)  
Postfach, CH-3003 Bern

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>ZIELSETZUNGEN UND ELEMENTE DES TABAKMONITORING</b>	<b>7</b>
2.1	Zielsetzungen	7
2.2	Elemente des Tabakmonitoring	8
2.2.1	Das Basismodul	8
2.2.2	Zusatzmodule	9
<b>3</b>	<b>METHODIK</b>	<b>12</b>
3.1	Grundgesamtheit	12
3.2	Periodizität der Erhebungen	12
3.3	Stichprobenziehung und Stichprobengrösse	13
3.4	Ankündigungsschreiben	14
3.5	Erhebungsmethode	14
3.6	Gewichtungs- und Auswertungsmethoden	14
<b>4</b>	<b>BESCHREIBUNG DER FÜR DIE AUSWERTUNG ZUR VERFÜGUNG STEHENDEN KOLLEKTIVE (SAMPLES)</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>TRANSTHEORETISCHES MODELL: THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	<b>18</b>
5.1	Kernvariablen des TTM	18
5.2	Kritische Anmerkungen zum Modell	21
5.3	Zusammenfassung	23
<b>6</b>	<b>TRANSTHEORETISCHES MODELL: ERGEBNISSE ZUR AUFHÖRBEREITSCHAFT</b>	<b>25</b>
6.1	TTM Gesamtdarstellung	27
6.2	Aufhörbereitschaft der aktuellen Raucherinnen und Raucher	28
6.2.1	Aufhörbereitschaft, differenziert nach Merkmalen des Rauchens	29
6.2.2	Aufhörbereitschaft, differenziert nach soziodemographischen Merkmalen	33
6.2.3	Aufhörbereitschaft, differenziert nach Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	36
<b>7</b>	<b>REDUKTION DES TABAKKONSUMS: THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	<b>41</b>
7.1	‚Harm Reduction‘: begriffliche Klärungen	41
7.2	Bedeutung von Reduktion des Tabakkonsums	42
7.2.1	Vorteile von Reduktion als Interventionsziel	43
7.2.2	Gefahren der ‚Harm Reduction‘	43
7.3	Zusammenfassung	43

<b>8</b>	<b>ERGEBNISSE ZUR REDUKTIONSBEREITSCHAFT DER RAUCHENDEN AUF DER PRECONTEMPLATION-STUFE</b>	<b>45</b>
<b>8.1</b>	<b>Reduktionsbereitschaft der Raucherinnen und Raucher: Gesamtübersicht</b>	<b>46</b>
8.1.1	Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Merkmalen des Rauchens	47
8.1.2	Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach soziodemographischen Merkmalen	50
8.1.3	Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	52
<b>8.2</b>	<b>Einstellungen zu Harm Reduction</b>	<b>57</b>
8.2.1	Einstellungen zur Reduktion des Tabakkonsums	57
8.2.2	Einstellung zum Konsum ‚leichter‘ Zigaretten	61
<b>9</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>63</b>
<b>9.1</b>	<b>Aufhörbereitschaft nach dem Transtheoretischen Modell</b>	<b>64</b>
<b>9.2</b>	<b>Reduktion des Tabakkonsums</b>	<b>65</b>
	<b>LITERATUR UND QUELLEN</b>	<b>69</b>

# 1 Einleitung

Gestützt auf die Empfehlungen der WHO, der Europäischen Union und der Eidgenössischen Kommission für Tabakfragen, hat der Bundesrat am 16. August 1995 ein Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums beschlossen (Bundesamt für Gesundheit, 1996). Schwerpunkte des Massnahmenpakets sind die Verstärkung der Primärprävention, der Ausbau der Schutzbestimmungen für Nichtraucherinnen und Nichtraucher sowie die Förderung und Unterstützung der Tabakentwöhnung.

Um über eine notwendige Entscheidungsgrundlage für diese Massnahmen zu verfügen, braucht es eine kontinuierliche Erhebung der Konsumgewohnheiten von Tabakwaren. Die Machbarkeitsstudie „Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz“ (Krebs & Demarmels, 1998) zeigte, dass die bisher verfügbaren periodischen Erhebungen zum Tabakkonsum in der Schweiz nicht mehr den Anforderungen genügen, die heute an ein effizientes Monitoring gestellt werden. Als aktuelle Entscheidungshilfe in der Tabakprävention ist eine kontinuierliche Erhebung mit ausreichender Stichprobengrösse, einem sorgfältig abgestimmten Fragenkatalog, flexiblen Erweiterungsmöglichkeiten sowie rascher Aufbereitung und Kommunikation der erhobenen Daten unabdingbar (ebd.).

In der Folge beauftragte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Psychologische Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie, und H. Krebs, Kommunikations- und Publikumsforschung, Zürich, mit der Entwicklung und Implementierung eines modularen Forschungssystems (im Folgenden ‚Tabakmonitoring‘ genannt), das den Tabakkonsum der schweizerischen Wohnbevölkerung repräsentativ und kontinuierlich erfasst. Das Forschungssystem wird in Kapitel 2 detailliert beschrieben.

Dem vorliegenden Bericht sind die Ergebnisse zur Aufhör- bzw. Reduktionsbereitschaft der Schweizer Wohnbevölkerung zu entnehmen. Die Daten stammen einerseits aus dem Basismodul, welches Fragen zur Aufhörbereitschaft enthält, andererseits wurden die Informationen zur Reduktionsbereitschaft einem speziell dafür entwickelten Zusatzmodul entnommen. Die Fragen aus dem Zusatzmodul wurden allen Raucherinnen und Rauchern in vier aufeinanderfolgenden Wellen (Juli 2002 bis Juni 2003) gestellt, die in ihrem Leben schon mehr als 100 Zigaretten geraucht haben.

Kapitel 2 des vorliegenden Berichts enthält eine kurze Beschreibung des Gesamtprojekts, in Kapitel 3 werden die wichtigsten methodischen Aspekte erläutert, und Kapitel 4 liefert eine Übersicht über die für die Analysen zur Verfügung stehenden Kollektive (Samples). Kapitel 5 befasst sich mit dem theoretischen Hintergrund des Transtheoretischen Modells und Kapitel 6 liefert die entsprechenden Ergebnisse aus dem Tabakmonitoring. Die theoretischen Ausführungen zur Reduktionsbereitschaft sowie die entsprechenden Ergebnisse aus dem

Tabakmonitoring finden sich in den Kapiteln 7 und 8. Das letzte Kapitel fasst die wichtigsten Punkte nochmals zusammen.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in Tabellen und Grafiken oft nur die männliche Form verwendet, ausser es wurden geschlechtsspezifische Analysen durchgeführt.

## 2 Zielsetzungen und Elemente des Tabakmonitoring

Im Folgenden werden die Zielsetzungen und die Elemente des Tabakmonitoring vorgestellt.

### 2.1 Zielsetzungen

Die Entwicklungs- und Implementierungsphase des Tabakmonitoring dauerte vom 1. November 2000 bis zum 31. Dezember 2002. Seit dem 1. Januar 2003 läuft die Fortsetzungs- bzw. Konsolidierungsphase. Das Tabakmonitoring verfolgt folgende Zielsetzungen:

- Kontinuität gewährleisten und gleichzeitig offen für die Integration neuer Fragestellungen bleiben
- hohen methodologischen Anforderungen bezüglich Repräsentativität, Stichprobenverfahren und Stichprobengrösse genügen, um verlässliche Daten zu liefern und Akzeptanz bei den Adressaten zu erreichen
- aktuelle Daten zum Tabakkonsum zuverlässig, rasch und benutzerfreundlich für die verschiedenen Adressatengruppen (Bevölkerung, Medien, politische Entscheidungsträger u.a.) bereitstellen
- ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis erbringen
- mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gut vernetzt sein und diese mit einer vergleichbaren Methodik optimal ergänzen
- einen internationalen Vergleich erlauben
- eine Basis für Präventions- und Interventionsmassnahmen bilden und
- theoretisch gut verankert sein.

Um diese Ziele erreichen zu können, wurden die Variablen den folgenden Studien / Programmen entnommen und durch weitere relevante Variablen in Absprache mit Expertinnen und Experten aus dem Suchtbereich ergänzt:

- Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1997 (Calmonte et al., 2000). Bundesamt für Statistik.
- The Evaluation and Monitoring of Public Action on Tobacco (Vilain, 1988). WHO Regional Office for Europe.  
(Action Plan on Tobacco adopted by the World Health Organization's Regional Committee for Europe in September 1987, and the „Europe Against Cancer“ Programme of the European Community).

- Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen (Riemann, 1997). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic (1998). WHO Genf.

## 2.2 Elemente des Tabakmonitoring

In Abbildung 2.1 (vgl. S. 11) sind die einzelnen Elemente des Forschungssystems ersichtlich. Es besteht aus einem Basismodul sowie verschiedenen Zusatzmodulen.

### 2.2.1 Das Basismodul

Im Basismodul werden vierteljährlich die zentralen Variablen zum Tabakkonsum erhoben (2 500 Interviews pro Quartal). Die Grundgesamtheit bildet die 14- bis 65-jährige, in der Schweiz wohnhafte Bevölkerung (vgl. Kap. 3, Methodik). Im Basismodul integriert sind spezifische Fragen an schwangere Frauen und Mütter von Kleinkindern bis 3 Jahre. Die Befragungsdaten dieser kleinen, für die Tabakprävention aber wichtigen Merkmalsgruppe können über alle Befragungswellen hinweg kumuliert werden, so dass eine ausreichende Stichprobe für aussagekräftige Analysen zur Verfügung steht.

Tabelle 2.1 zeigt die im Basismodul erhobenen Variablen.

Tabelle 2.1: Variablen des Basismoduls

Variablen
<p><b>Alle Befragten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand, (Atemwegs-)Beschwerden, Gesundheitsverhaltensweisen</li> <li>• Raucherstatus (differenziert nach RaucherInnen, Ex-RaucherInnen, Niemals-RaucherInnen etc. nach WHO, 1998)</li> <li>• Soziodemographische Variablen</li> </ul>
<p><b>Regelmässige RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art der Tabakwaren und Zigarettenmarke</li> <li>• Grad der Nikotinabhängigkeit</li> <li>• Alter bei Beginn des regelmässigen Zigarettenkonsums</li> <li>• Ort / Gegebenheiten / Zeitpunkt des Tabakkonsums</li> <li>• Aufhörbereitschaft / Phasenbestimmung gemäss Transtheoretischem Modell (TTM, nach Prochaska et al., 1998)</li> <li>• Erfolgreiche Aufhörversuche in den letzten 12 Monaten</li> </ul>
<p><b>Ex-RaucherInnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl gerauchter Zigaretten</li> <li>• Dauer der Abstinenz / Phasenbestimmung gemäss TTM</li> <li>• Alter bei Beginn des regelmässigen Zigarettenkonsums</li> <li>• Entwöhnungshilfen</li> <li>• Aufhörgründe</li> </ul>
<p><b>Schwangere Frauen und Mütter von Kleinkindern:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsumgewohnheiten vor, während und nach der Schwangerschaft</li> <li>• Wissen um Schädlichkeit des Tabakkonsums für den Fötus, resp. Schädlichkeit der Passivrauchexposition für Kleinkinder</li> </ul>



### 2.2.2 Zusatzmodule

Das Basismodul kann jederzeit mit Fragen ergänzt werden, welche entweder einmalig erhoben oder periodisch in Zusatzmodulen wiederholt werden können. Folgende Inhalte wurden bis Juli 2003 erhoben (vgl. Abb. 2.1):

- Wahrnehmung der TV-Spots „Rauchen schadet..\_“ und Wissen der Bevölkerung über schädliche Auswirkungen des Tabakkonsums
- Passivrauchen (Orte und Dauer der Passivrauchexposition; subjektiv empfundene Belästigung durch den Passivrauch an verschiedenen Orten; Wissen über die Schädlichkeit des Passivrauchens)
- Jugendliche (Gründe für resp. gegen das Rauchen; Konsumgewohnheiten des sozialen Umfeldes; Cannabiskonsum; Freizeitgestaltung etc.)
- Ärztliche Raucherberatung (ärztliche Empfehlung eines Rauchstopps; Unterstützung bei der Rauchentwöhnung durch Ärztinnen und Ärzte)
- ‚Harm Reduction‘ / Reduktion des Zigarettenkonsums (Wechsel auf eine Zigarette mit mehr oder weniger Nikotin- und Teergehalt; Veränderung der Konsummenge nach allfälligem missglücktem Aufhörversuch; Absicht, den Konsum zu reduzieren)
- Politik/Gesetz (Einstellungen zur Tabakwerbung, zu weitgehenden Werbeeinschränkungen, zu Verkaufsverboten an Jugendliche und zu Erhöhungen der Zigarettenpreise).

In der ersten Erhebungswelle wurden alle Zielpersonen – als Baseline für die Kampagne „Rauchen schadet..\_“ – zu ihrer Wahrnehmung von Kampagnen über die Schädlichkeit des Rauchens interviewt. Ab der zweiten Welle wurde zum einen konkret nach der Wahrnehmung der TV-Spots gefragt, zum anderen die Erinnerung an Kampagneninhalte erhoben. Ebenfalls erfragt wurde das Wissen über schädliche Auswirkungen des Tabakkonsums anhand weiterer ‚Statements‘ zum Rauchen. Seit der Welle 10 wurde der Schwerpunkt der diesbezüglichen Fragen auf die Glaubwürdigkeit der Kampagneninhalte sowie auf den Grad der Betroffenheit, der durch diese TV-Spots ausgelöst wird, gelegt.

In der zweiten und sechsten Erhebungswelle wurden in einem weiteren Zusatzmodul Erkenntnisse über die Einstellung der Bevölkerung zum Thema ‚Passivrauchen‘ gewonnen sowie Erkenntnisse über die Passivrauchexposition an verschiedenen Orten und die dort subjektiv empfundene Belästigung durch den Passivrauch.

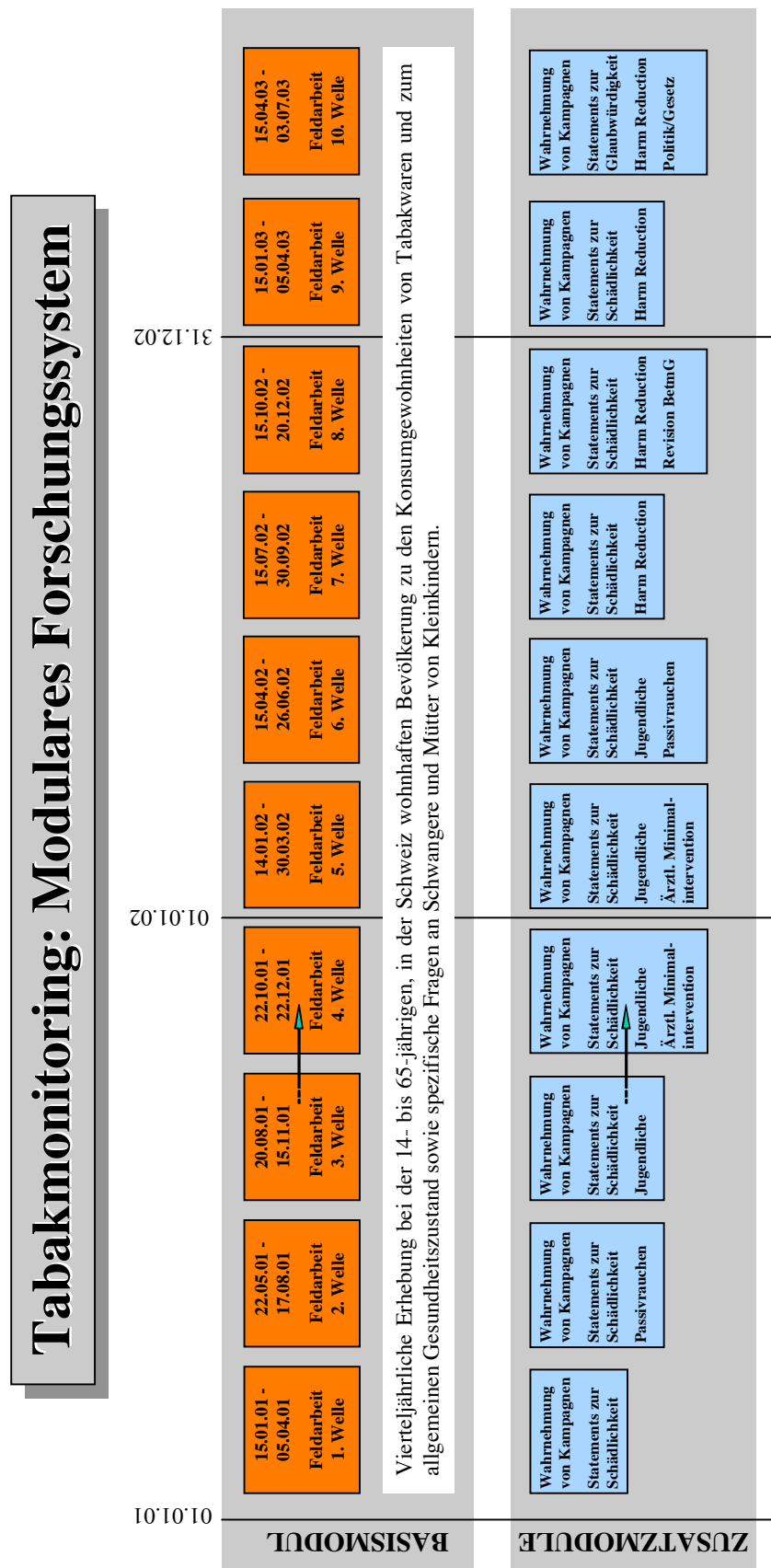
In der dritten bis sechsten Erhebungswelle fanden die Befragungen zum Zusatzmodul ‚Jugendliche‘ statt. Hier interessierte das Rauchverhalten des sozialen Umfelds, Gründe für und gegen das Rauchen sowie das Image jugendlicher RaucherInnen und NichtraucherInnen.

In der vierten und fünften Erhebungswelle wurden die Befragten zusätzlich zum Thema ‚ärztliche Raucherberatung‘ um Auskunft gebeten. Im Zentrum standen die Fragen, ob RaucherInnen in den Arztpraxen über ihre Rauchgewohnheiten gesprochen haben, ob die Ärztinnen und Ärzte ihnen zum Rauchstopp geraten und sie durch die Empfehlung von Entwöhnungshilfen unterstützt haben.

In den Wellen sieben bis zehn kam das Zusatzmodul ‚Harm Reduction‘ / Reduktion des Zigarettenkonsums‘ zur Anwendung. Hier standen diejenigen Raucherinnen und Raucher im Zentrum, welche nicht die Absicht äusserten, mit dem Rauchen in absehbarer Zeit aufzuhören. Ein besonderes Interesse galt der Frage, ob sie allenfalls den Zigarettenkonsum reduzieren möchten.

In der Welle 10 wurde die Meinung der Schweizer Wohnbevölkerung zum Einfluss der Tabakwerbung, zu weitgehenden Werbeeinschränkungen, zu Verkaufsverboten an Jugendliche sowie zu Erhöhungen der Zigarettenpreise erhoben.

Die Inhalte der einzelnen Befragungswellen können Abbildung 2.1 entnommen werden.



Die 3. und 4. Welle haben sich durch Verzögerungen zu Beginn des Projektes zeitlich überschritten/ verkürzte 4. Welle

Abbildung 2.1: Modulares Forschungssystem (Tabakmonitoring) nach 10 Erhebungswellen

## 3 Methodik

Das Forschungssystem soll hohen methodologischen Anforderungen bezüglich Repräsentativität, Stichprobenverfahren und Stichprobengrösse genügen, um verlässliche Daten liefern zu können und Akzeptanz bei den Adressaten zu erreichen. Überdies soll es mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) gut vernetzt sein und diese mit einer vergleichbaren Methodik optimal ergänzen. Im Folgenden werden die Grundgesamtheit, die Periodizität der Erhebungen, die Stichprobenziehung und Stichprobengrösse sowie die Erhebungs- und Auswertungsmethode des Tabakmonitoring erläutert.

### 3.1 Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit bildet die 14- bis 65-jährige ständige Wohnbevölkerung der Schweiz, welche über einen privaten Telefonanschluss mit Eintrag im Teilnehmerverzeichnis der Swisscom Directories (elektronisches Teilnehmerverzeichnis ETV) verfügt und in deutscher, französischer oder italienischer Sprache befragt werden kann. Die Altersbegrenzung weicht von derjenigen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) ab. Diese untersucht die schweizerische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren ohne obere Altersbegrenzung. Um dem Anspruch genügen zu können, sowohl der Initiationsphase des Rauchens Rechnung zu tragen als auch Grundlagen für (gesundheits-)politische Massnahmen für das Erwerbsalter zu liefern, wird die Abweichung als angemessen erachtet. Die untere Altersgrenze ist mitbedingt durch die ethischen Normen bei Befragungen (ESOMAR-Richtlinien) (vgl. Krebs & Demarmels, 1998, S. 43), die für Befragungen von Jugendlichen unter 14 Jahren die Einwilligung eines Elternteils voraussetzen.

Ein weiterer methodologischer Unterschied im Vergleich zur SGB besteht darin, dass im Tabakmonitoring für das Oversampling auch zwei Personen aus dem selben Haushalt befragt werden können (vgl. 3.3: Stichprobenziehung und Stichprobengrösse).

### 3.2 Periodizität der Erhebungen

Die Erhebungen erfolgen vierteljährlich, pro Quartal werden 2 500 Personen befragt. Wie in Abbildung 2.1 aufgezeigt, wurden die Daten bisher in zehn aufeinanderfolgenden Wellen erhoben. Eng miteinander zusammenhängende Fragestellungen müssen in der gleichen, respektive – falls eine Datenkumulation notwendig ist – in aufeinanderfolgenden Befragungswellen erfasst werden, damit sie auch in einer Analyse miteinander verknüpft werden können.

### 3.3 Stichprobenziehung und Stichprobengrösse

Die Stichprobenziehung im Tabakmonitoring erfolgt nach einem zweistufigen Random-Random-Verfahren. Dabei werden in einem ersten Schritt mit einem Zufallsverfahren die Haushalte, die einen im elektronischen Teilnehmerverzeichnis (ETV) eingetragenen Festanschluss besitzen, ausgewählt und telefonisch kontaktiert. Nach Aufnahme der Haushaltsstruktur wird – wiederum mittels Zufallsverfahren – eine zu befragende Zielperson aus allen 14- bis 65-jährigen Haushaltsmitgliedern ausgewählt und entweder unmittelbar oder zu einem vereinbarten Termin telefonisch befragt.

Damit für die Analyse der Jugendlichen sowie der schwangeren Frauen und Mütter von Kleinkindern eine ausreichende Anzahl befragter Personen zur Verfügung steht, wird bei den 14- bis 24-jährigen Männern und bei den 14- bis 45-jährigen Frauen ein Oversampling (Übervertretung in der Stichprobe) vorgenommen, indem in Mehrpersonenhaushalten eine zweite Person befragt wird, sofern jemand im Haushalt diesen demographischen Kriterien entspricht.

Bezüglich Repräsentativität sind folgende Einschränkungen zu beachten:

- Es können nur Personen befragt werden, mit denen das Interview entweder in deutscher, französischer oder italienischer Sprache durchgeführt werden kann.
- Es können nur Haushalte mit festinstalliertem Telefonanschluss und einem Eintrag im Teilnehmerverzeichnis der Swisscom Directories (ETV) in die Stichprobe aufgenommen werden. Der weitaus grösste Teil der Bevölkerung ist noch über Festanschlüsse erreichbar (gemäss Machbarkeitsstudie ca. 95%). Die mobilen Telefone ersetzen aber immer mehr die Festanschlüsse, so dass der Anteil der über einen privaten Festanschluss verfügenden Personen sinken wird. Die schlechtere Erreichbarkeit wird vor allem auf jüngere Befragte zutreffen, die nicht mehr im elterlichen Haushalt wohnen.
- Seit dem 1. Januar 1998 ist die Eintragspflicht im Telefonbuch für Telefonabonnenten aufgehoben. Es sind deshalb nicht mehr alle Anschlüsse im Teilnehmerverzeichnis eingetragen.
- ‚Randständige‘ Personen können nicht erreicht werden.

Die Stichprobengrösse des Basismoduls wurde pro Welle auf 2 500 realisierte Telefoninterviews festgelegt. In einigen Zusatzmodulen wurden vertiefende Fragen an bestimmte Merkmalsgruppen gestellt.

Die Stichprobe ist nach Sprachregionen geschichtet. Die 2 500 Interviews pro Quartal teilen sich wie folgt auf: 1 425 Interviews in der Deutschschweiz, 700 Interviews in der französischsprachigen und 375 Interviews in der italienischsprachigen Schweiz.

### 3.4 Ankündigungsschreiben

Um die Motivation zur Teilnahme an der Befragung und damit auch die Ergebnisqualität zu optimieren, werden ca. 75% der ausgewählten Haushalte vor dem ersten Kontakt mit einem Ankündigungsschreiben über das geplante Interview informiert. Den rund 25% der Haushalte mit einem ‚Sternchen-Eintrag‘ im Teilnehmerverzeichnis darf kein Ankündigungsschreiben zugestellt werden. Diese Personen wünschen keine Zustellung von Werbematerialien, worunter auch Ankündigungsschreiben wissenschaftlicher Studien fallen.

### 3.5 Erhebungsmethode

Die Datenerhebung erfolgt mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI-Methode) aus den zentralen Telefonlabors des LINK Instituts in Zürich und Lausanne. Die Interviews werden von geschulten und durch SupervisorInnen kontrollierten Befragerinnen und Befragern durchgeführt, und zwar in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch.

### 3.6 Gewichtungs- und Auswertungsmethoden

Die im CATI-Labor erhobenen Daten werden zunächst durch das LINK Institut einer Plausibilitätskontrolle unterzogen, danach erfolgt die Gewichtung der Daten. Die Gewichtung dient dazu, die Verzerrungen in der Stichprobe rechnerisch so zu korrigieren, dass sie die Grundgesamtheit korrekt repräsentiert.

Die Gewichtung der Daten erfolgt in vier Schritten (Raemy & Grau, 2002):

#### ***Oversampling-Gewichtung***

Personen mit den in Abschnitt 3.3 genannten Oversampling-Kriterien haben eine grössere Chance, in die Stichprobe zu gelangen. Deshalb werden in einem ersten Schritt die durch das Oversampling bedingten Verzerrungen korrigiert.

#### ***Haushaltstransformations-Gewichtung***

Die Haushaltstransformations-Gewichtung dient der Korrektur der durch das Auswahlverfahren bedingten Verzerrung. Dabei werden die Gewichtungsfaktoren aufgrund der Zusammensetzung der befragten Haushalte berechnet.

### ***Regionale Gewichtung***

Um sinnvolle Vergleiche zwischen den verschiedenen Landesteilen machen zu können, darf die Stichprobe in einem Landesteil nicht zu klein sein. Deshalb wird die Stichprobe disproportional gezogen, d.h. die Westschweiz und das Tessin sind in der Stichprobe überproportional vertreten. Der disproportionale Ansatz wird anschliessend so korrigiert, dass die Verteilung der Befragten aus der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz mit derjenigen in der Grundgesamtheit übereinstimmt (72% Deutschschweiz, 23,5% französischsprachige Schweiz, 4,5% italienischsprachige Schweiz).

### ***Soziodemographische Gewichtung***

Die soziodemographische Gewichtung ist eine Zellengewichtung nach Alter und Geschlecht. In diesem Schritt wird die Stichprobe bezüglich Alter und Geschlecht an die bekannte Verteilung in der Grundgesamtheit angepasst. Die Gewichtungsfaktoren basieren auf der jährlichen Fortschreibung der Volkszählung ESPOP des Bundesamtes für Statistik.

Danach liefert das LINK Institut eine tabellarische Darstellung der Ergebnisse sowie einen technischen Bericht zur Haupterhebung und stellt zudem den Beauftragten einen anonymisierten und aufbereiteten Datensatz als SPSS-File für die Auswertungen zur Verfügung.

Nach einer nochmaligen Plausibilitätskontrolle durch die Abteilung Sozial- und Gesundheitspsychologie werden die Ergebnisberichte erstellt und dem BAG zur Verfügung gestellt.

## 4 Beschreibung der für die Auswertung zur Verfügung stehenden Kollektive (Samples)

In diesem Abschnitt wird tabellarisch dargestellt, wie viele Personen für die Auswertungen zur Verfügung stehen, differenziert nach Geschlecht, Alter und Sprachregion.

Die Daten zur Aufhörbereitschaft nach dem Transtheoretischen Modell wurden – wie einleitend erwähnt – dem Basismodul entnommen. Die Informationen zur Reduktionsbereitschaft der Raucherinnen und Raucher stammen aus einem speziell dafür entwickelten Zusatzmodul. Sämtliche Fragen wurden allen Raucherinnen und Rauchern gestellt, die in ihrem Leben schon mehr als 100 Zigaretten geraucht haben.

Da für Fragen aus dem Basismodul (Aufhörbereitschaft) mehr Antworten für Analysen zur Verfügung stehen als für Fragen aus dem Zusatzmodul ‚Reduktionsbereitschaft‘, erfolgt die Beschreibung der Kollektive anhand von zwei Tabellen. Bis Dezember 2003 wurden insgesamt zehn Befragungswellen abgeschlossen. In vier dieser zehn Wellen (Wellen 7 bis 10) wurden im Zusatzmodul ‚Reduktionsbereitschaft‘ den Raucherinnen und Raucher zusätzliche Fragen gestellt.

Zu beachten ist, dass sowohl die gewichtete als auch die ungewichtete Stichprobengrösse angegeben wird. Die gewichtete Stichprobe gibt Auskunft über die tatsächliche Verteilung in der Schweizer Bevölkerung, der ungewichteten Stichprobengrösse ist zu entnehmen, wie viele Interviews tatsächlich durchgeführt wurden. Die ungewichtete Stichprobengrösse wird deshalb angegeben, weil die Berechnung der maximalen statistischen Fehlerspannen auf der Basis der effektiv durchgeführten Interviews erfolgt.

Die maximale statistische Fehlerspanne gibt an, wie gross der Stichprobenfehler, also die Abweichung mit 95%iger Wahrscheinlichkeit vom ‚wahren‘ Wert maximal sein wird. Wenn beispielsweise eine Antwort von 25% der Personen genannt wird und der statistische Vertrauensbereich beträgt +/- 5%, dann bedeutet dies, dass der ‚wahre‘ Wert zwischen 20% und 30% liegen wird. Dieser Vertrauensbereich wird mit steigender Stichprobengrösse immer kleiner, d.h. dass diese Angabe v.a. bei kleinen Stichproben unbedingt berücksichtigt werden muss.



Die maximale statistische Fehlerspanne bzw. der statistische Vertrauensbereich der Ergebnisse wird anhand folgender Formel errechnet:

$$V = \pm 2 \sqrt{\frac{p(100-p)}{n}}$$

V = Vertrauensbereich

p = Anteil der Befragten, die eine bestimmte Antwort gegeben haben (in Prozentpunkten)

n = Stichprobengrösse (ungewichtet)

Tabelle 4.1: Soziodemographische Merkmale des Samples (Basismodul / Wellen 1 bis 10)

Merkmal	Ausprägungen	Männer		Frauen		Total	
		N gewichtet	N ungewichtet	N gewichtet	N ungewichtet	N gewichtet	N ungewichtet
Total RaucherInnen mit bisherigem Konsum von mehr als 100 Zigaretten		<b>4163</b>	3334	<b>3304</b>	4016	<b>7467</b>	7350
Alter	14 bis 19 Jahre	<b>287</b>	371	<b>257</b>	331	<b>544</b>	702
	20 bis 24 Jahre	<b>445</b>	473	<b>354</b>	359	<b>799</b>	832
	25 bis 34 Jahre	<b>1067</b>	637	<b>729</b>	947	<b>1796</b>	1584
	35 bis 44 Jahre	<b>1048</b>	799	<b>866</b>	1205	<b>1914</b>	2004
	44 bis 54 Jahre	<b>769</b>	547	<b>670</b>	605	<b>1439</b>	1152
	55 bis 65 Jahre	<b>547</b>	507	<b>428</b>	569	<b>974</b>	1076
Sprachregion	D-CH	<b>3013</b>	1863	<b>2268</b>	2075	<b>5281</b>	3938
	F-CH	<b>961</b>	976	<b>860</b>	1276	<b>1821</b>	2252
	I-CH	<b>190</b>	495	<b>176</b>	665	<b>366</b>	1160

Tabelle 4.2: Soziodemographische Merkmale des Samples (Reduktionsbereitschaft / Wellen 7 bis 10)

Merkmal	Ausprägungen	Männer		Frauen		Total	
		N gewichtet	N ungewichtet	N gewichtet	N ungewichtet	N gewichtet	N ungewichtet
Total RaucherInnen mit bisherigem Konsum von mehr als 100 Zigaretten		<b>1648</b>	1285	<b>1279</b>	1587	<b>2927</b>	2872
						<b>2925</b>	
Alter	14 bis 19 Jahre	<b>103</b>	128	<b>99</b>	140	<b>202</b>	268
	20 bis 24 Jahre	<b>181</b>	184	<b>153</b>	153	<b>334</b>	337
	25 bis 34 Jahre	<b>398</b>	224	<b>272</b>	341	<b>670</b>	565
	35 bis 44 Jahre	<b>419</b>	320	<b>340</b>	498	<b>759</b>	818
	44 bis 54 Jahre	<b>310</b>	216	<b>251</b>	216	<b>561</b>	432
	55 bis 65 Jahre	<b>236</b>	213	<b>164</b>	239	<b>400</b>	452
Sprachregion	D-CH	<b>1193</b>	714	<b>875</b>	810	<b>2068</b>	1524
	F-CH	<b>380</b>	385	<b>334</b>	516	<b>714</b>	901
	I-CH	<b>75</b>	186	<b>70</b>	261	<b>145</b>	447

## 5 Transtheoretisches Modell: theoretischer Hintergrund

Bevor in Kapitel 6 die Ergebnisse zum Transtheoretischen Modell (TTM) bzw. zur Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher präsentiert werden, wird in diesem Kapitel der theoretische Hintergrund des Modells ausgeführt. Das TTM wurde Ende der 70er Jahre von Prochaska und Di Clemente an der Universität Rhode Island entwickelt. Es ist ein Modell intentionaler Verhaltensänderung, d.h. es beschreibt die Veränderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Bevor jedoch ein Verhalten gezeigt wird, muss eine Absicht (Intention) vorhanden sein. Im Mittelpunkt stehen die jeweiligen Entscheidungsprozesse des Individuums. Das Modell betrachtet die Veränderung gesundheitlicher Verhaltensabsichten und gesundheitlichen Handelns als Prozess, der sich durch das aktive zeitliche Durchlaufen unterschiedlicher, aufeinander aufbauender Stufen beschreiben lässt. Das TTM ist hervorgegangen aus der Analyse und Integration der Wirkmechanismen unterschiedlicher (psycho-)therapeutischer Ansätze. Da ein einziges Modell Verhaltensänderungen nicht ausreichend erklären kann, handelt es sich beim TTM um eine Kombination von verschiedenen Modellen und Konzepten, so z.B. von *Individual Health Models* (Health Belief Model, Theory of Reasoned Action) und *Interpersonal Health Models* (Social Learning Theory, Social Cognitive Theory).

### 5.1 Kernvariablen des TTM

Im Modell sind unterschiedliche, überwiegend kognitive Konstrukte integriert: Die *Stufen der Verhaltensänderung* („stages of change“) bilden das zentrale Element des TTM, sie repräsentieren die zeitliche Dimension einer Verhaltensänderung. Die *Veränderungsstrategien* („processes of change“) beschreiben, wie eine Veränderung stattfindet bzw. welche verhaltensorientierten Strategien (Verhaltensabsichten oder –tendenzen), affektiven Strategien (positive oder negative Gefühle gegenüber dem Einstellungsobjekt) und kognitiven Strategien (Meinungen über ein Einstellungsobjekt) ausschlaggebend sind, um in die nächste Stufe zu gelangen. Mit den Konstrukten *Entscheidungsbalance* („decisional balance“) und *Selbstwirksamkeitserwartung* („self-efficacy“) lässt sich der Prozess der Verhaltensänderung bzw. das Fortschreiten innerhalb der Stufen noch differenzierter abbilden (vgl. Keller, Velicer & Prochaska, 1999; Keller, 2002).

Im Folgenden werden die einzelnen Kernvariablen genauer erläutert.

### **Stufen der Verhaltensänderung („stages of change“)**

Das ursprüngliche Modell unterscheidet fünf Stufen, die durch unterschiedliche Ausprägungen von Intention, Kognition, Emotionen und Verhalten gekennzeichnet sind und aufeinander aufbauen. Zwischen den Stufen und den Prozessen der Verhaltensänderung („processes of change“) besteht ein systematischer und reproduzierbarer Zusammenhang. Für eine erfolgreiche Veränderung eines Problemverhaltens ist das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen der jeweiligen relevanten Verhaltensprozesse essentiell. Die Zeiträume, die Personen in den einzelnen Stufen verbringen, können dabei individuell sehr stark variieren (vgl. Keller, 1999).

Für die Einteilung in die einzelnen Stufen werden oft recht einfache Algorithmen mit einander ausschliessenden Antwortmöglichkeiten verwendet. Der erste dieser Algorithmen wurde für den Bereich ‚Rauchen‘ entwickelt. Mehrfach leicht modifiziert diente er in der Folge als Vorlage zur Operationalisierung der Stufeneinteilung bei der Untersuchung vieler anderer Verhaltensbereiche, wie z.B. Alkoholkonsum und Ernährungsverhalten (vgl. Prochaska & DiClemente, 1992).

Bezüglich Tabakkonsum lassen sich die Veränderungsstufen folgendermassen beschreiben:

- **Problemignorierung** (precontemplation): Personen rauchen und haben nicht die Absicht, innerhalb der nächsten sechs Monate mit dem Rauchen aufzuhören. Der Grund für die fehlende Absicht kann ein Mangel an relevanten Informationen und/oder ein Mangel an Problembewusstsein hinsichtlich der ungünstigen Konsequenzen des Risikoverhaltens sein. Die sogenannten Problemignorierer tendieren dazu, eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Rauchen‘ zu vermeiden.

Die Stufe der Problemignorierung kann als die stabilste aller Stufen im Rahmen des Modells verstanden werden. Ohne aktive Intervention ist die Wahrscheinlichkeit, dass Personen in die nächste Stufe gelangen, relativ gering (vgl. Keller, Kaluza & Basler, 2001; Keller, 2002).

- **Bewusstwerdung** (contemplation): Personen rauchen nach wie vor, setzen sich aber bewusst mit dem Thema ‚Rauchstopp‘ auseinander und haben die Absicht, innerhalb der nächsten sechs Monate mit dem Rauchen aufzuhören. Sie stehen der Verhaltensänderung ambivalent gegenüber. Die Vor- und Nachteile, die das Aufhören mit sich bringt, stehen noch in einer ausgewogenen Balance.

Die Stufe der Bewusstwerdung ist ebenfalls eine sehr stabile Stufe in dem Sinne, dass Personen lange in ihr verharren können (vgl. Keller, Kaluza & Basler, 2001; Keller, 2002).

- **Vorbereitung** (preparation): Die Personen sind hoch motiviert, unmittelbar mit der Veränderung des problematischen Verhaltens zu beginnen und bereiten sich auf das Nichtrauchen vor. Voraussetzungen für die Einteilung einer Person in die Stufe der Vorbereitung sind, dass die feste Absicht geäussert wird, innerhalb der nächsten 30 Tage

das Zielverhalten zu erreichen, und dass bereits erste Schritte unternommen wurden, dieses in die Tat umzusetzen. Diese Stufe wird also charakterisiert sowohl durch das Vorhandensein einer Handlungsintention als auch durch bereits gezeigtes Verhalten zur Veränderung. Im Vordergrund steht jedoch der intentionale Charakter: das Treffen einer klaren Entscheidung für eine Verhaltensänderung.

Die Stufe der Vorbereitung ist weniger stabil als die ersten beiden Stufen, da es sich um eine ‚Durchgangsstufe‘ handelt, die sich auf einen eng begrenzten Zeitraum von 30 Tagen beschränkt. Typischerweise befinden sich Personen in dieser Stufe, die von konkreten Angeboten zur Unterstützung einer Verhaltensänderung am ehesten angesprochen werden (vgl. Keller, Kaluza & Basler, 2001; Keller, 2002).

- **Handlung** (action): Die Personen versuchen aktiv, das problematische Verhalten abzubauen bzw. das gewünschte Verhalten aufzunehmen und dafür notwendige Veränderungen im eigenen Erleben und in den Umweltbedingungen herbeizuführen. Hinsichtlich des Rauchens bedeutet dies, dass die Personen mit dem Rauchen aufgehört haben und sich in den ersten sechs Monaten der Abstinenz befinden, was die Abgrenzung zur Vorbereitungsstufe charakterisiert.

Im Gegensatz zu den vorangehenden Stufen stehen offene, beobachtbare Verhaltensweisen eher im Vordergrund als kognitiv-affektive Prozesse. In dieser Phase besteht die höchste Rückfallwahrscheinlichkeit (vgl. Keller, Kaluza & Basler, 2001; Keller, 2002).

- **Aufrechterhaltung** (maintenance): Die Personen konnten das Zielverhalten seit mehr als sechs Monaten stabil beibehalten, sind also abstinent.

Die Aufrechterhaltung ist eine aktive Phase, in der das Zielverhalten durch Beibehalten der Strategien, die in der Handlungsphase gezeigt wurden, weiter gefestigt wird und aktive Massnahmen zur Rückfallprophylaxe getroffen werden (vgl. Keller, Kaluza & Basler, 2001; Keller, 2002).

- **Stabilisierung** (termination): Im Bereich ‚Rauchen‘ wird gelegentlich eine sechste Stufe postuliert, die Stabilisierung (‚termination‘). Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass einhundertprozentige Zuversicht besteht, das Zielverhalten (hier Abstinenz) beizubehalten und nullprozentige Versuchung für einen Rückfall vorhanden ist. Diese Stufe macht vor allem für den Bereich des Rauchens Sinn. Nach Keller (1999, S. 23) werden nach 12-monatiger Rauchabstinenz ca. 37 Prozent der Personen rückfällig, nach fünf Jahren ca. 7 Prozent. Dies deutet darauf hin, dass der Konsolidierungsprozess innerhalb der Aufrechterhaltungsstufe weiter voranschreitet, bis es schliesslich zu einer Stabilisierung des Zielverhaltens kommt (vgl. Keller, Kaluza & Basler, 2001; Keller, 2002).

### **Veränderungsstrategien (,processes of change‘)**

Die Veränderungsstrategien charakterisieren, wie die Veränderung stattfindet, bzw. welche Strategien notwendig sind, um gesundheitsschädigendes Verhalten aufzugeben, bzw. gesundheitsförderndes Verhalten aufzunehmen. Sie lassen sich in zwei übergeordnete

Dimensionen einteilen: die *kognitiv-affektiven Strategien* („experiential processes“) und die *verhaltensorientierten Strategien* („behavioral processes“). Zu den kognitiv-affektiven Strategien gehören u.a. das Steigern des Bewusstseins, das emotionale Erleben und die Wahrnehmung der persönlichen Umwelt, verhaltensorientierte Strategien sind beispielsweise Selbstverpflichtung, Kontrolle der Umwelt und Nutzen hilfreicher Beziehungen. Während sich nach Marks et al. (2000) kognitiv-affektive Strategien vorwiegend auf subjektive Bewertungsprozesse sowie das emotionale Erleben des Rauchens beziehen und vor allem für Personen in den ersten drei Stufen von Bedeutung sind, zeigen sich die verhaltensorientierten Strategien meist im beobachtbaren Verhalten, sie sind für die Stufen Vorbereitung bis Aufrechterhaltung relevant (vgl. Keller, 1999).

Neben den Veränderungsstrategien („processes of change“) gibt es zwei weitere Variablen, die den Prozess der Verhaltensänderung bzw. das Fortschreiten innerhalb der Stufen beschreiben: die *Entscheidungsbalance* und die *Selbstwirksamkeitserwartung* (vgl. Keller, 1999).

### **Entscheidungsbalance („decisional balance“)**

Beim Konstrukt der Entscheidungsbalance geht es um die wahrgenommenen Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung. Der Nutzen (Pros) wird den Kosten (Cons) gegenübergestellt. Die Vorteile einer Verhaltensänderung sind in der Stufe Absichtslosigkeit durchgängig niedriger als die Nachteile, nehmen für Personen in der Absichtsbildung aber deutlich zu. Schliesslich liegen die Vorteile in der Handlungs- und Aufrechterhaltungsstufe höher als die Nachteile. Als Vorteile des Nichtrauchens könnten z.B. die gesteigerte sportliche Leistungsfähigkeit oder der Schutz eines ungeborenen Kindes gesehen werden, Nachteile wären beispielsweise allfällige Entzugserscheinungen oder eine Gewichtszunahme.

### **Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy)**

Die Selbstwirksamkeit bezeichnet das Ausmass der Zuversicht, ein Zielverhalten auch unter schwierigen Umständen in einer beabsichtigten Weise durchführen zu können oder ein gesundheitsschädigendes Verhalten zu unterlassen. Je höher die Stufe der Verhaltensänderung, in der sich eine Person befindet, desto höher ist die Selbstwirksamkeitserwartung und desto geringer in der Regel die Versuchung, in verschiedenen Situationen das Risikoverhalten (z.B. Rauchen) zu zeigen. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist sensitiv für Veränderungen und ein guter Prädiktor für einen Rückfall.

## **5.2 Kritische Anmerkungen zum Modell**

In vielen Bereichen hat sich das TTM in den letzten Jahren als Modell zur Beschreibung von Verhaltensänderungen bewährt. Ergebnisse von Interventionen auf dem Hintergrund des TTM deuten an, dass sich die in diesen Ansatz gesetzten Hoffnungen im Wesentlichen erfüllen, was

dazu geführt hat, dass das TTM das am häufigsten verwendete Stufenmodell in der Gesundheitspsychologie ist (Keller et al., 1999).

Verschiedene Autoren betonen, dass mit Hilfe des TTM für grössere, heterogene Bevölkerungsgruppen gezielte Interventionsstrategien entwickelt werden können (z.B. Oldenburg & Pope, 1990; Prochaska, 1997; zit. nach Hättich & Somaini, 1998). Diese Möglichkeit des Zuschneidens der Programme auf die Bedürfnisse des Zielpublikums und die hohe Plausibilität des Modells machen das TTM insbesondere bei PraktikerInnen populär.

Im Kontext der Raucherentwöhnung wurden im englisch-amerikanischen Sprachraum und in neuerer Zeit auch im deutschsprachigen Raum weit über 100 Arbeiten zum TTM publiziert (vgl. z.B. Diener, 2000; Keller, Kaluza & Basler, 2001; Keller, Weimer-Hablitzel, Kaluza & Basler, 2002; Meyer, Rumpf, Hapke & John, 2000). Dabei gilt es nach Joseph, Breslin und Skinner (2000) jedoch anzumerken, dass in rund 44% der Untersuchungen das Modell kritiklos angewendet wird. In 26% der Arbeiten wird es lediglich beschrieben und in 12% über mögliche Anwendungen diskutiert. Nur in knapp 11% der Publikationen ist das Modell überprüft und in 7% kritisiert worden.

Hättich und Somaini (1998) nennen einige Kritikpunkte, die bei der Verwendung des TTM berücksichtigt werden müssen:

Im TTM wird das Kriterium der Regelmässigkeit (Häufigkeit) des Konsums nicht berücksichtigt. Das Modell liefert keine Erklärungen, wie sich Raucherinnen und Raucher, je nach Nikotinmenge und Konsumhäufigkeit, in den verschiedenen Phasen verhalten.

Personen, welche in der Problemignorierungsphase sind, müssen sich nicht unbedingt in dieser Phase befinden, weil sie die negativen Effekte des Rauchens nicht kennen oder diese ignorieren. Es bedarf vertiefter Erkenntnis über die Gruppe der Problemignorierer.

Kraft et al. (1999) weisen auf einige weitere Punkte hin:

- Laut Sutton et al. (1987; zit. nach Kraft et al., 1999) muss die Ernsthaftigkeit der Verhaltens*absicht*, mit Rauchen aufzuhören, differenziert erfasst werden. Die Frage, ob eine Person mit dem Rauchen aufhören will oder nicht, reicht nicht. Sie schlagen deshalb vor, die Intention mit dem ‚7-point-intention measure‘ zu erfassen (1= I will definitely not try to give up smoking / 7 = will definitely try to give up).
- Die Phaseneinteilung von sechs Monaten erscheint sehr willkürlich, entspricht aber der gängigen Auffassung. Dieser Zeitrahmen wurde ursprünglich fürs Rauchen festgelegt, gestützt auf therapeutische Erfahrungen. Der Zeitraum wird aber bei Studien häufig auch für andere Verhaltensweisen unreflektiert übernommen.
- Ockene und Kristeller (1988) bemerken, dass das TTM eher für Personen wirksam ist, welche bereits in der Action-Phase oder weiter sind und für solche, die sich in ein

spezielles Programm begeben haben. Für frühere Stadien waren die stufenspezifischen Interventionen weniger erfolgreich.

Ein wesentlicher Nachteil besteht ausserdem darin, dass das TTM ein *primär deskriptives* und *kein erklärendes* Modell ist. Einige Autoren weisen darauf hin, dass die theoretische und empirische Basis für die Bedeutung der Veränderungsstrategien für den Übergang von einer Stufe zur anderen noch nicht ausreichend sei und die Rolle der Veränderungsprozesse als *erklärende* Variable für die Übergänge zwischen den einzelnen Stufen in Frage gestellt werden müsse (vgl. Sutton, 1997; Fuchs & Schwarzer, 1997).

Weiter gilt anzumerken, dass das lineare Durchlaufen der Phasen von der Problemignorierung bis zur Aufrechterhaltung eher die Ausnahme als die Regel ist. Der Prozess der Veränderung wird als spiralförmiges Geschehen verstanden, in dem Personen nach einem Rückfall auf eine frühere Stufe zurückfallen. Ein Rückfall wird als integraler Bestandteil des Veränderungsprozesses betrachtet.

Für den Bereich der Raucherentwöhnung berichtet Keller (1999), dass etwa 15% der Personen, die eigenständig das Rauchen aufgeben wollten, nach erfolglosen Versuchen in die Stufe der Problemignorierung zurückgefallen waren. Der grössere Teil fällt jedoch in die Stufen des Bewusstwerdens und der Vorbereitung zurück, muss demzufolge bei einem neuen Aufhörversuch nicht erneut bei Null anfangen (Prochaska & DiClemente, 1986). Die konstruktive Verarbeitung der Misserfolgserfahrungen vergangener Versuche kann zur Auswahl günstigerer Strategien führen und somit zu einem Fortschreiten innerhalb des Stufengefüges beitragen (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez & Rossi, 1991).

### 5.3 Zusammenfassung

Das Transtheoretische Modell (TTM) ist ein Modell intentionaler Verhaltensänderung. Im Mittelpunkt stehen die jeweiligen Entscheidungsprozesse des Individuums.

Das ursprüngliche Modell unterscheidet fünf Stufen (Problemignorierung, Bewusstwerdung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung). Im Bereich ‚Rauchen‘ wird gelegentlich eine sechste Stufe genannt (Stabilisierung). Für eine erfolgreiche Veränderung eines Problemverhaltens ist das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen der jeweiligen relevanten Verhaltensprozesse notwendig.

Die Veränderungsstrategien beschreiben, wie die Veränderung stattfindet. Sie lassen sich in ‚kognitiv-affektive Strategien‘ und ‚verhaltensorientierte Strategien‘ einteilen. Neben diesen Strategien ist auch die Veränderung der ‚Entscheidungsbalance‘ und der ‚Selbstwirksamkeitserwartung‘ für das Fortschreiten innerhalb der Stufen bedeutsam. Während es bei ersterer um die wahrgenommenen Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung geht, bezeichnet zweite

das Ausmass der Zuversicht, ein Zielverhalten auch unter schwierigen Umständen durchführen zu können. Je höher die Stufe der Verhaltensveränderung, desto höher die Selbstwirksamkeitserwartung und desto geringer in der Regel die Versuchung, das Risikoverhalten zu zeigen.

Obwohl sich das TTM in den letzten Jahren als Modell zur Beschreibung von Verhaltensänderung bewährt hat und insgesamt eine positive Resonanz auf das Modell besteht, gibt es auch Kritik an einzelnen Teilen bzw. dem gesamten Konzept. Einerseits wird beanstandet, dass das Kriterium der Regelmässigkeit des Konsums nicht berücksichtigt wird. Andererseits erscheint die Phaseneinteilung von sechs Monaten sehr willkürlich und die Verhaltensabsicht, mit dem Rauchen aufzuhören, sollte differenzierter erfasst werden.



## 6 Transtheoretisches Modell: Ergebnisse zur Aufhörbereitschaft

Wie in Kapitel 5 ausgeführt, klassifiziert das Transtheoretische Modell (TTM) die aktuellen und ehemaligen Raucherinnen und Raucher in fünf verschiedene Stadien. Die ersten drei Stufen (precontemplation, contemplation und preparation) kategorisieren die aktuell rauchenden Personen nach ihrer Aufhörbereitschaft, die letzten beiden Stadien (action und maintenance) teilen die ehemaligen Rauchenden nach vergangener Zeit seit dem Rauchstopp ein.

In die nachfolgenden Analysen wurden nur Personen einbezogen, die in ihrem Leben schon mehr als 100 Zigaretten geraucht haben. Als erstes folgt eine Klassifizierung der *aktuellen* und *ehemaligen* Raucherinnen und Raucher nach dem in Kapitel 5 beschriebenen Gesamtmodell. Anschliessend wird der Fokus auf die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, gerichtet. Die erste im TTM postulierte Stufe (precontemplation) wurde allerdings um drei Stufen erweitert, da es sich aufgrund der bisherigen Erkenntnisse aus dem Tabakmonitoring bei den Personen auf dieser Stufe um eine heterogene Gruppe handelt.

Der Stufe *Precontemplation* wurde **erstens** die Stufe ‚*Problemignorierer / Unmotivierte*‘ vorangestellt. Diese Personen haben keinerlei Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören. Die **zweite**, neu gebildete Kategorie wurde von den Autoren als Stufe der ‚*Ambivalenten*‘ bezeichnet. Bei diesen Raucherinnen und Rauchern handelt es sich um Personen, die nicht wissen, ob sie irgendwann den Tabakkonsum aufgeben möchten. **Drittens** wurde die Stufe *Precontemplation* in zwei Untergruppen aufgeteilt. Personen in der Stufe ‚*Precontemplation A*‘ geben an, dass sie mit dem Rauchen aufhören möchten, aber nicht innerhalb der nächsten sechs Monate. Diejenigen der ‚*Precontemplation B*‘ möchten mit dem Rauchen aufhören, wissen aber nicht, wann genau sie ihren Wunsch umsetzen möchten. Diese Differenzierung wurde getroffen, da die erste Gruppe (*Precontemplation A*) bereits eine Entscheidung getroffen hat, dass der Versuch eines Rauchstopps nicht unmittelbar bevorstehen wird. Bei der zweiten Gruppe (*Precontemplation B*) ist grundsätzlich auch ein Rauchstopp innerhalb von sechs Monaten möglich. Beiden Gruppen ist jedoch gemeinsam, dass sich – im Vergleich zu den ersten beiden Stufen (*Problemignorierer / Unmotivierte* und *Ambivalente*) – nur noch Personen darin befinden, die mit dem Rauchen aufhören möchten.

Somit können die Rauchenden in die folgenden sechs Gruppen eingeteilt werden:

1. Problemignorierer / Unmotivierte (Personen, die nicht ans Aufhören denken)
2. Ambivalente (Personen, die nicht wissen, ob sie mit dem Rauchen aufhören möchten)
3. Precontemplation A (Personen, die irgendwann mit dem Rauchen aufhören möchten, aber nicht innerhalb der nächsten 6 Monate)
4. Precontemplation B (Personen, die mit dem Rauchen aufhören möchten, aber nicht wissen, wann sie dies tun wollen)
5. Contemplation (Personen, die beabsichtigen, in den nächsten 6 Monaten das Rauchen aufzugeben)
6. Preparation (Personen, die beabsichtigen, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören)

Die Einführung der neuen Stufen scheint den Autoren plausibel. Ob sich die Personen auf den neu gebildeten Stufen bezüglich der anderen Kernvariablen des TTM (Veränderungsstrategien, Entscheidungsbalance und Selbstwirksamkeitserwartung, vgl. Kap. 5.1) statistisch bedeutsam unterscheiden, wird Gegenstand einer schriftlichen Zusatzbefragung sein.

Abschliessend bleibt festzuhalten, dass es grundsätzlich wichtig wäre, zwischen einem allgemeinen Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören, und der tatsächlichen Bereitschaft zu einem Rauchstopp zu differenzieren. Während beispielsweise die Personen auf der Stufe *Precontemplation* eher ihren Wunsch für einen Rauchstopp zum Ausdruck bringen, kann bei den Befragten auf den Stufen *Contemplation* und *Preparation* von der Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, gesprochen werden.

Im Tabakmonitoring kann diese Unterscheidung aber nicht eindeutig vorgenommen werden, da nur Angaben zur deklarierten und nicht zur tatsächlich geplanten Verhaltensänderung vorliegen. Es ist gut möglich, dass die Antwort durch ‚soziale Erwünschtheit‘ beeinflusst wird, dass also Befragte versuchen, sich mit einem deklarierten Rauchstopp in ein besseres Licht zu rücken. Aus diesem Grund werden die Begriffe *Aufhörwunsch* und *Aufhörbereitschaft* als Synonym verwendet.

## 6.1 TTM Gesamtdarstellung

Abbildung 6.1 beinhaltet die Klassifizierung aller *aktueller* und *ehemaliger* Raucherinnen und Raucher nach den klassischen fünf Stufen des Transtheoretischen Modells. 45% befinden sich auf der Precontemplation-, 10% auf der Contemplation- und 6% auf der Preparation-Stufe. In der Action-Phase (Rauchstopp liegt noch weniger als 6 Monate zurück) befinden sich 3% und auf der Maintenance-Stufe 36% (Rauchstopp vor mehr als einem halben Jahr). Von den ehemaligen Raucherinnen und Raucher in der letztgenannten Gruppe haben etwas mehr als zwei Drittel vor mehr als 5 Jahren mit dem Rauchen aufgehört.

### Raucherstadien nach dem Transtheoretischen Modell (N = 12 167)

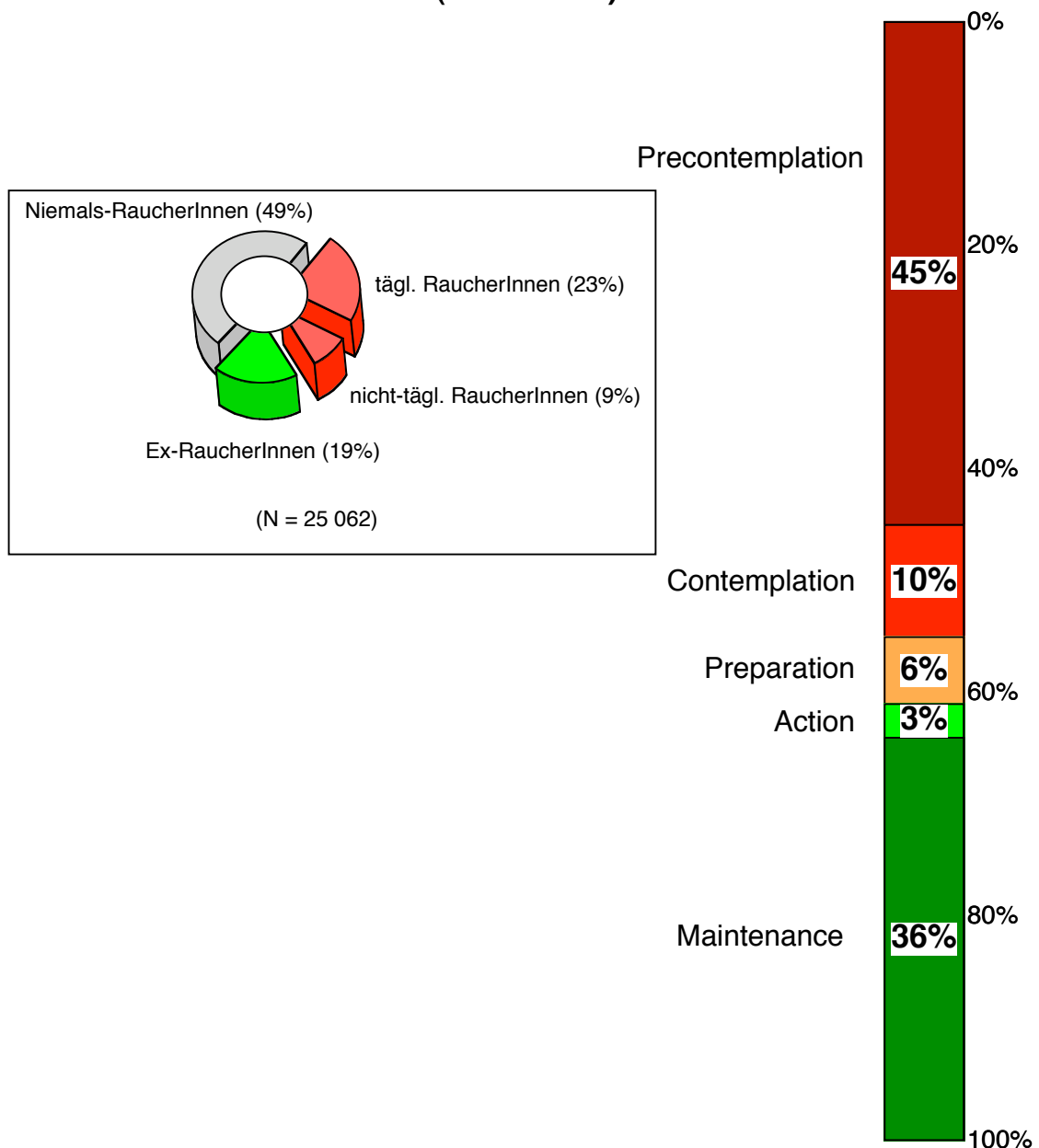


Abbildung 6.1: Verteilung der aktuellen und ehemaligen Raucherinnen und Raucher auf die fünf Stufen des TTM

## 6.2 Aufhörbereitschaft der aktuellen Raucherinnen und Raucher

Abbildung 6.2 beinhaltet die Aufhörbereitschaft der 14- bis 65-jährigen Rauchenden im Total. 45% ignorieren entweder das Problem oder sind nicht motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören. Der Stufe der Ambivalenten sind 3% zuzuordnen. Weitere 26% ziehen zwar einen Rauchstopp in Betracht, aber nicht innerhalb der nächsten sechs Monate (21% und 5%). 74% der Rauchenden können also der Precontemplation-Stufe des ursprünglichen Modells zugeordnet werden.

17% beabsichtigen, in den nächsten sechs Monaten das Rauchen aufzugeben, und 9% möchten diesen Schritt in den nächsten 30 Tagen realisieren.

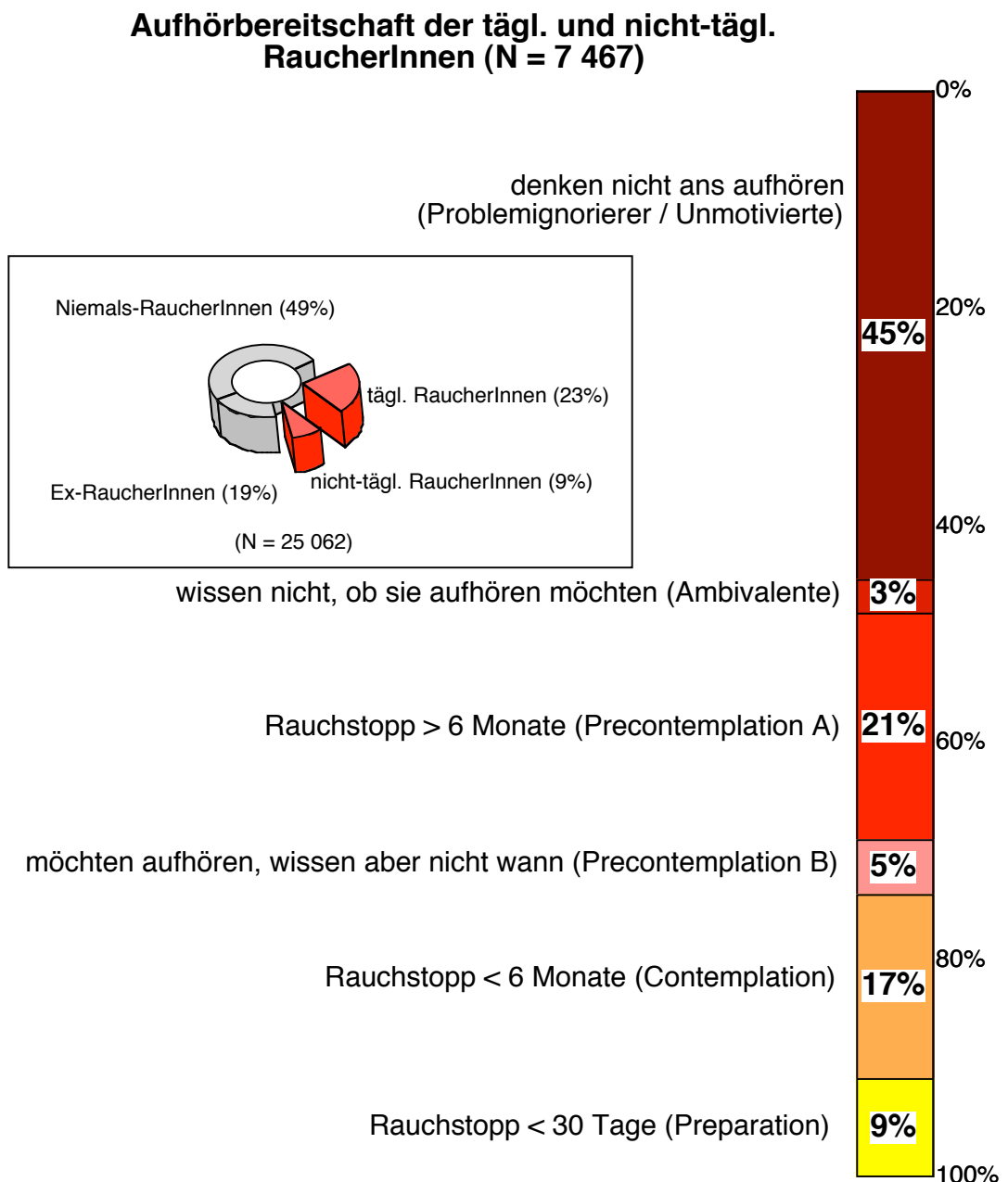


Abbildung 6.2: Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, die schon mehr als 100 Zigaretten geraucht haben

### 6.2.1 Aufhörbereitschaft, differenziert nach Merkmalen des Rauchens

Die Aufhörbereitschaft der aktuell rauchenden Personen, die in ihrem Leben schon mehr als 100 Zigaretten konsumiert haben, wurde nach folgenden Merkmalsgruppen näher analysiert:

- Raucherstatus (differenziert nach tägl. RaucherInnen, nicht-tägl. RaucherInnen, Ex-RaucherInnen, Niemals-RaucherInnen)
- Anzahl täglich gerauchter Zigaretten
- Erfolgloser Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten
- Grad der Nikotinabhängigkeit nach Fagerström
- Alter beim ersten Zigarettenkonsum

Auf die Darstellung der Aufhörbereitschaft nach Alter beim ersten Zigarettenkonsum wird in diesem Bericht verzichtet, da keine bedeutsamen Unterschiede gefunden werden konnten.

#### Aufhörbereitschaft, differenziert nach Raucherstatus und aktuellem Zigarettenkonsum

Betrachtet man die Aufhörbereitschaft differenziert nach Raucherstatus, wird klar ersichtlich, dass ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Merkmalen besteht (vgl. Abb. 6.3). Tägliche RaucherInnen haben deutlich öfters die Absicht mit dem Rauchen aufzuhören als nicht-tägliche RaucherInnen, von denen über 60% angeben, nicht aufhören zu wollen.

Das gleiche Ergebnis zeigt sich auch hinsichtlich der Anzahl gerauchter Zigaretten: Je mehr Zigaretten geraucht werden, desto eher besteht ein Aufhörwunsch. Gleichzeitig wird aber auch ersichtlich, dass der Zeitpunkt des geplanten Rauchstopps mit zunehmendem Konsum weiter entfernt liegt. Während beispielsweise bei Rauchenden mit einem Tageskonsum von weniger als einer Zigarette noch 12% mit dem Rauchen innerhalb von 30 Tagen aufhören möchten, beträgt dieser Anteil bei Personen, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen, 8 %.

Eine mögliche Interpretation für den grundsätzlich höheren Aufhörwunsch der täglich Rauchenden ist, dass diese durch das Wissen um die Schädlichkeit des Rauchens oder durch tatsächlich vorhandene gesundheitliche Beschwerden einen Rauchstopp als notwendiger erachten als Personen mit einem geringen Zigarettenkonsum. Starke Raucherinnen und Raucher nehmen aber vermutlich ihre Abhängigkeit deutlich wahr und haben deshalb Angst vor den erwarteten negativen Folgen eines Rauchstopps (z.B. Entzugserscheinungen), was wiederum die Absicht für einen raschen Rauchstopp reduzieren kann. Möglicherweise bestehen auch bereits negative Erfahrungen mit vorgängig missglückten Aufhörversuchen, die einen sofortigen Rauchstopp ebenfalls hinauszögern könnten.

### Aufhörbereitschaft, differenziert nach Raucherstatus und aktuellem Zigarettenkonsum

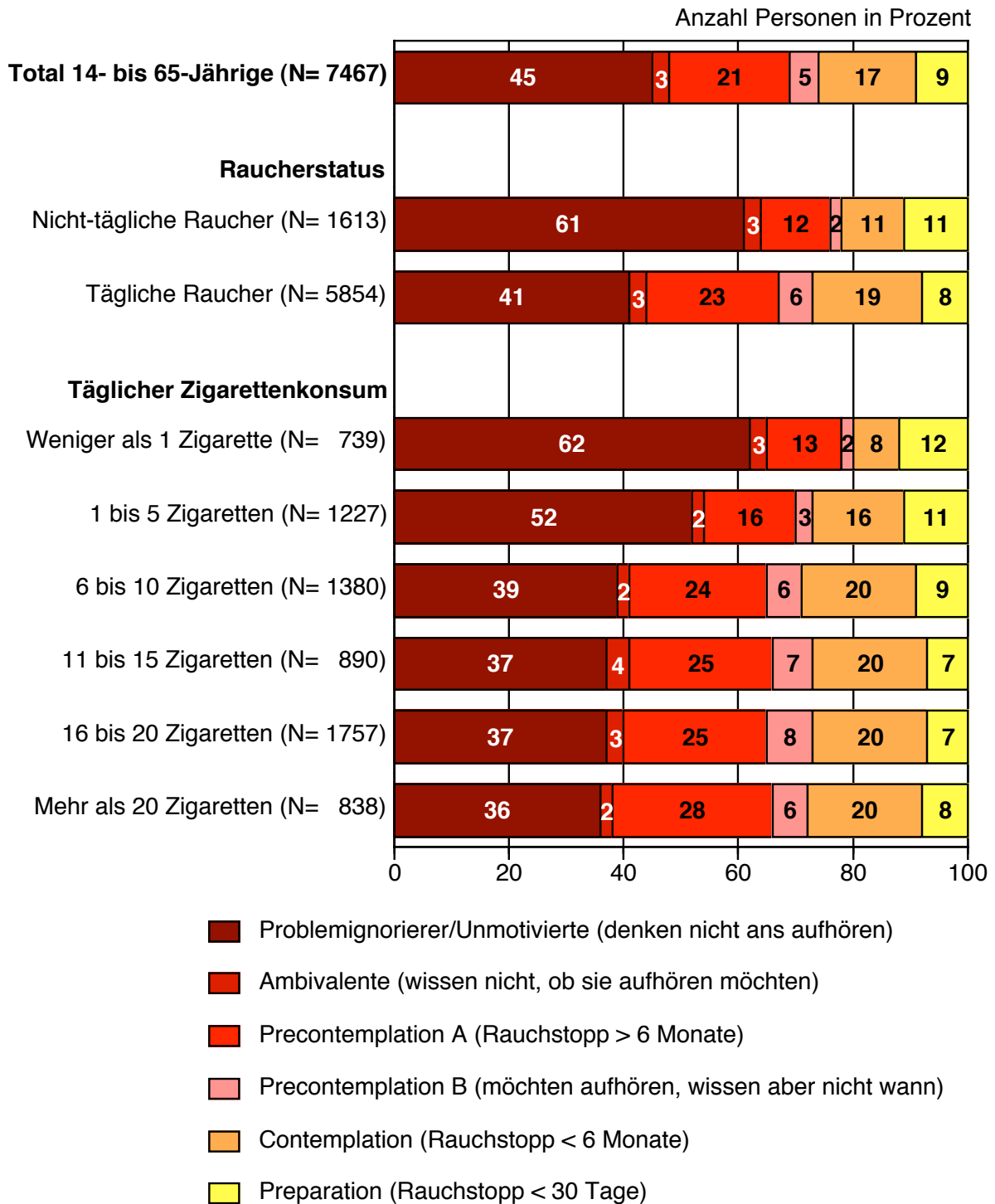


Abbildung 6.3: Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, differenziert nach Raucherstatus und aktuellem Zigarettenkonsum

### Aufhörbereitschaft, differenziert nach erfolglosem Aufhörversuch

Diejenigen Personen, die grundsätzlich mit dem Rauchen aufhören möchten, wurden weiter differenziert nach erfolglosem Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten. In Abbildung 6.4 finden sich demzufolge keine ProblemignorerInnen / Unmotivierte bzw. Ambivalente.

Rauchende, die in den letzten 12 Monaten versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, möchten deutlich häufiger einen erneuten Versuch innerhalb der nächsten 30 Tage in Angriff nehmen (24%) als Personen, die im letzten Jahr keinen Versuch unternommen haben (13%) (vgl. Abb. 6.4).

### Aufhörbereitschaft, differenziert nach erfolglosem Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten

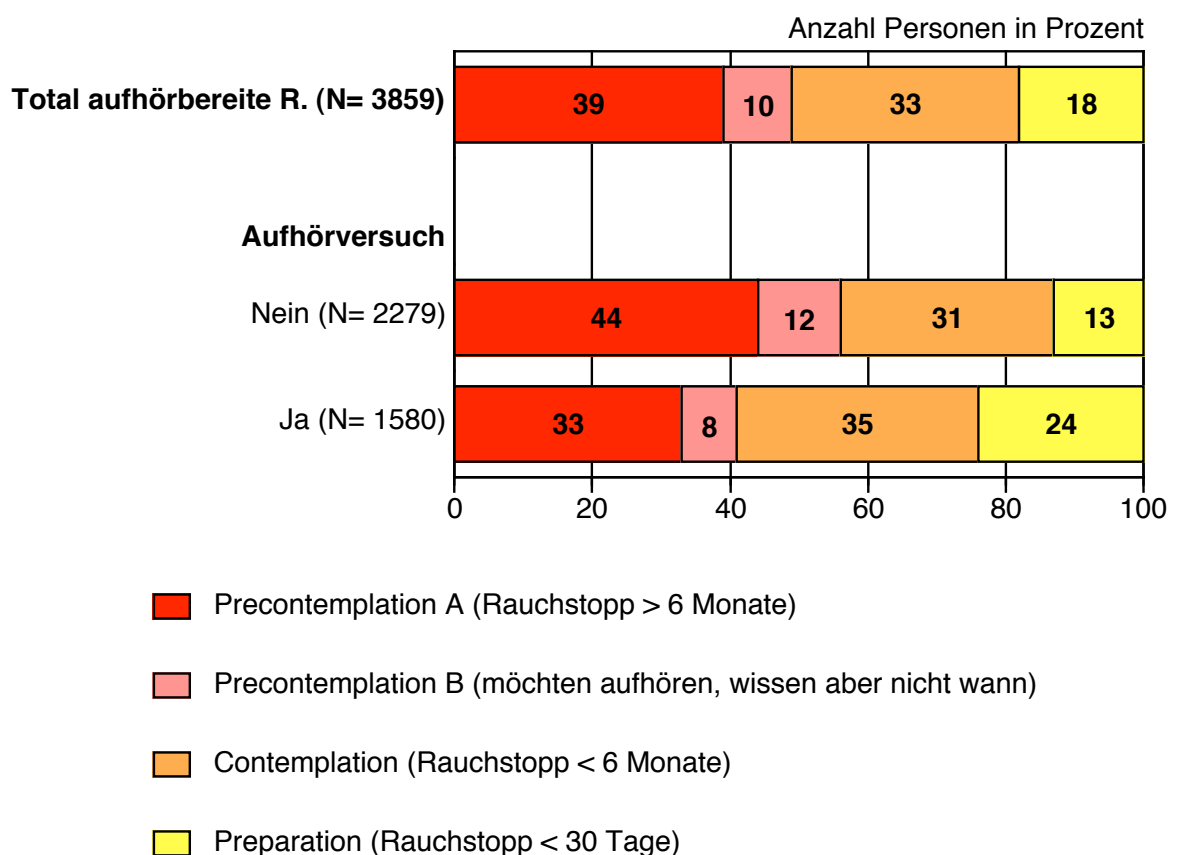


Abbildung 6.4: Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, differenziert nach erfolglosem Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten

Von Interesse war zudem, ob die Aufhörbereitschaft nach zahlreichen gescheiterten Aufhörversuchen wieder abnimmt. Deshalb wurde auch die Anzahl der Aufhörversuche erhoben. Da jedoch nur eine kleine Minderheit mehr als zwei Aufhörversuche innerhalb von 12 Monaten unternommen hat, sind hierzu keine aussagekräftigen Daten vorhanden.

Weiter wurde analysiert, ob die Dauer der Abstinenz einen Einfluss auf die Aufhörbereitschaft hat. Auch hierzu kann wegen der kleinen Fallzahl keine verlässliche Aussage gemacht werden.

Es zeigt sich jedoch ein Unterschied bezüglich Zeitpunkt des Rückfalls: Je länger der Rückfall zurückliegt, desto geringer die Absicht, innert 30 Tagen einen erneuten Aufhörversuch zu unternehmen.

### Aufhörbereitschaft, differenziert nach dem Grad der Abhängigkeit

Betrachtet man die Aufhörbereitschaft der täglichen Raucherinnen und Raucher differenziert nach ihrer Abhängigkeit vom Tabakkonsum, zeigt sich folgendes Bild (vgl. Abb. 6.5): Je abhängiger die Rauchenden sind, desto grösser wird der Anteil der Precontemplation A-Stufe und desto geringer der Anteil der ProblemignoriererInnen / Unmotivierten. Eine Ausnahme von diesem Trend bilden die sehr stark abhängigen RaucherInnen (6 Punkte), die bereits fünf Minuten nach dem Aufwachen am Morgen ihre erste Zigarette rauchen und einen täglichen Konsum von mehr als 20 Zigaretten aufweisen (Klassifizierung der Abhängigkeit in Anlehnung an Fagerström). Bei diesen Rauchenden scheint die wahrgenommene Abhängigkeit die Aufhörabsicht zu reduzieren. Eine mögliche Interpretation ist die Angst vor den erwarteten negativen Folgen eines Rauchstopps (z.B. Entzugserscheinungen).

Bei den kleinen Merkmalsgruppen (5 und 6 Punkte auf der Skala) ist jedoch auf die erhöhten statistischen Fehlerspannen zu achten.



### Aufhörbereitschaft der täglichen RaucherInnen, differenziert nach Abhängigkeit

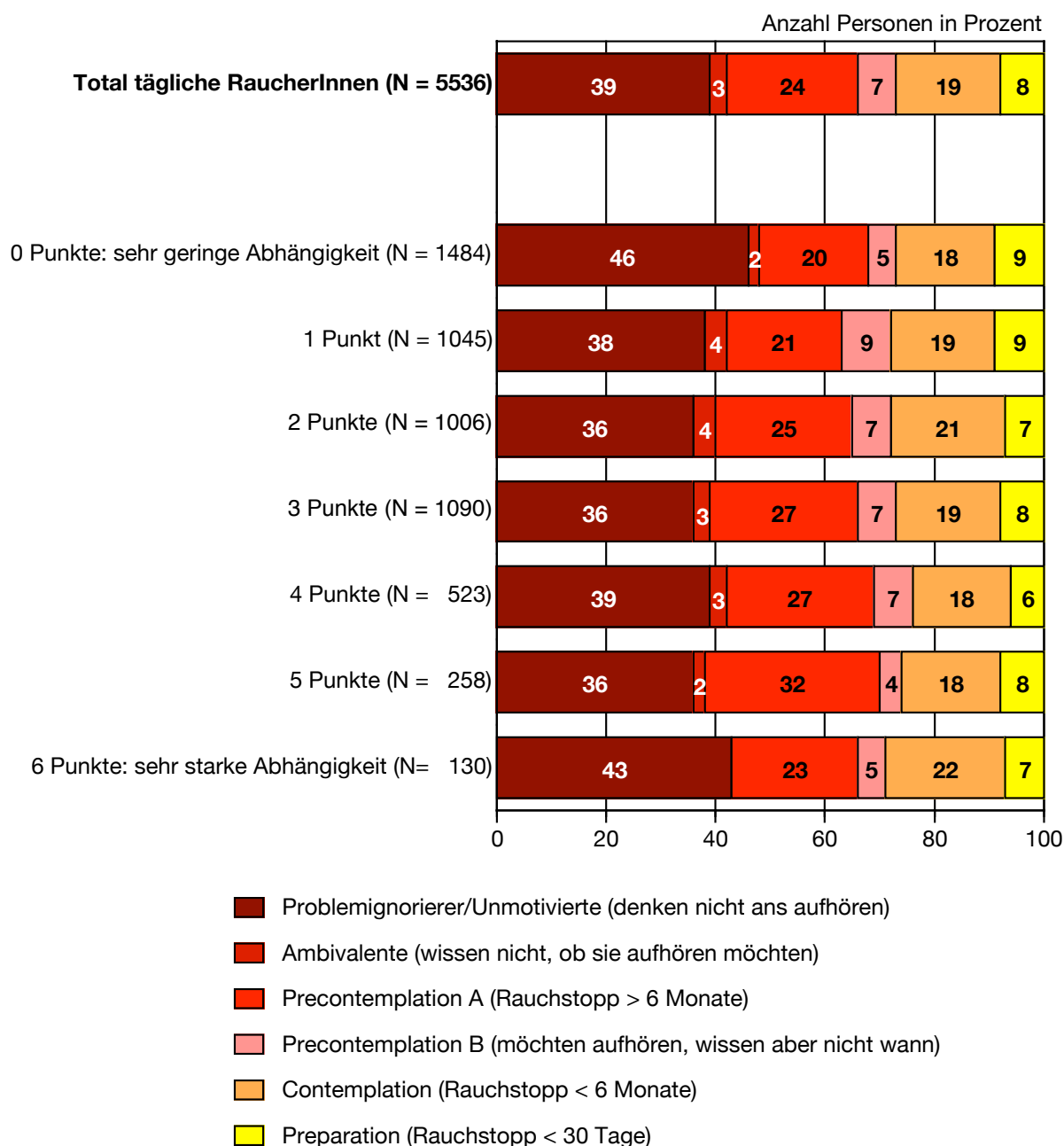


Abbildung 6.5: Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, differenziert nach dem Grad der Abhängigkeit

#### 6.2.2 Aufhörbereitschaft, differenziert nach soziodemographischen Merkmalen

In diesem Abschnitt wird die Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, die mehr als 100 Zigaretten in ihrem Leben geraucht haben, nach Alter und Geschlecht kombiniert sowie nach höchster abgeschlossener Schulbildung dargestellt.

## Aufhörbereitschaft, differenziert Alter und Geschlecht kombiniert

Betrachtet man die Aufhörbereitschaft nur nach Geschlecht, zeigt sich kein nennenswerter Unterschied zwischen Männern und Frauen. In Kombination mit dem Alter lässt sich aber eine geschlechtsspezifische Besonderheit erkennen: In der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen sind die Frauen noch weniger motiviert für einen Aufhörversuch als die Männer. In der Gruppe der 25- bis 34-Jährigen ist es genau umgekehrt: die Frauen bejahen deutlich öfters einen Aufhörwunsch in den nächsten 30 Tagen und der Anteil an Problemignoriererinnen / Unmotivierten geht bei ihnen im Gegensatz zu den Männern zurück (vgl. Abb. 6.6). Dies kann durch eine aktuelle Schwangerschaft, das Vorhandensein von Kleinkindern oder durch den Wunsch nach Kindern erklärt werden.

### Aufhörbereitschaft, differenziert nach Alter und Geschlecht

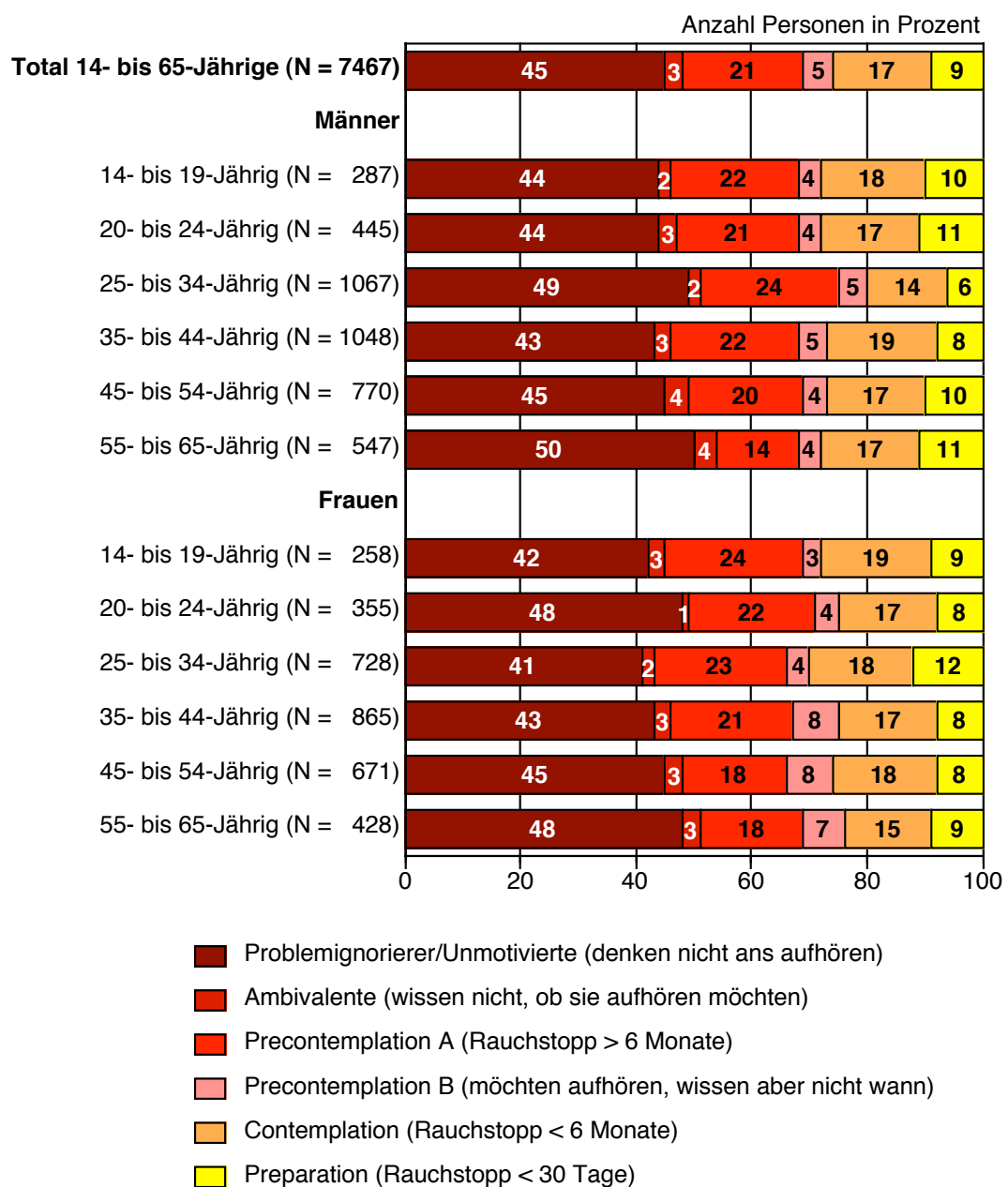
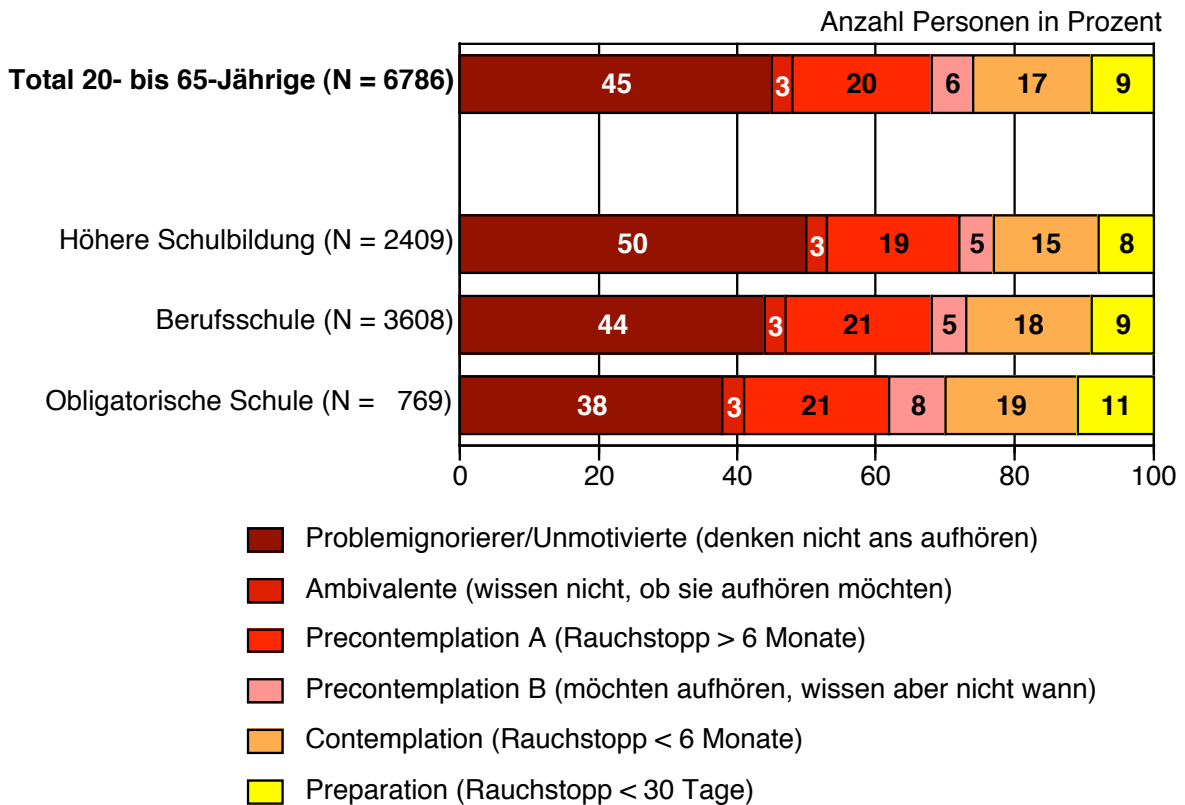


Abbildung 6.6: Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, differenziert nach Alter und Geschlecht

Aufhörbereitschaft, differenziert nach höchster abgeschlossener Schulbildung

Abbildung 6.7 ist die Aufhörbereitschaft sowie der Raucherstatus der 20- bis 65-Jährigen, differenziert nach höchster abgeschlossener Schulbildung, zu entnehmen.

**Aufhörbereitschaft, differenziert nach höchster abgeschlossener Schulbildung (20- bis 65-Jährige)**



**Raucheranteil, differenziert nach höchster abgeschlossener Schulbildung (20- bis 65-Jährige)**

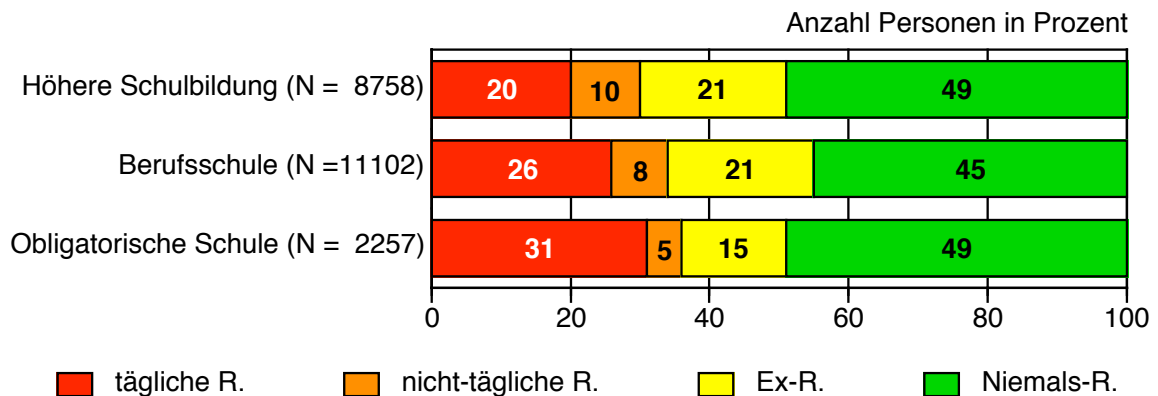


Abbildung 6.7: Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, differenziert nach höchster abgeschlossener Schulbildung

Die Aufhörbereitschaft nimmt mit höherer Schulbildung deutlich ab. Während der Anteil an Problemignorierern / Unmotivierten bei Personen mit obligatorischer Schulbildung 38% beträgt, steigt dieser Anteil bei Rauchenden mit höherer Schulbildung auf 50%. Auffällig ist der Vergleich mit dem Raucheranteil, differenziert nach höchster abgeschlossener Schulbildung. Aus dem unteren Teil der Abbildung 6.7 geht hervor, dass der Raucheranteil bei Personen mit höherer Schulbildung geringer ist. Daraus lässt sich schliessen, dass Personen mit höherer Schulbildung zwar weniger rauchen, diejenigen, die aber rauchen, haben seltener die Absicht, damit aufzuhören. Eine mögliche Erklärung könnte der grössere Anteil an nicht-täglichen RaucherInnen sein: Aus Abbildung 6.3 geht hervor, dass diese Personen weniger mit dem Rauchen aufhören möchten.

### **6.2.3 Aufhörbereitschaft, differenziert nach Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten**

Zu Beginn der Telefoninterviews werden den Interviewten Fragen zum subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, zu (Atemwegs-)Beschwerden, die häufig mit Rauchen in Zusammenhang stehen, sowie zu weiteren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (sportliche Aktivität, Ernährungsverhalten sowie Alkoholkonsum) gestellt.

Diese Fragen haben primär die Funktion, die Personen auf die Thematik ‚Rauchen‘ einzustimmen, und dienen weniger dazu, eine umfassende Diagnose zum Gesundheitszustand und –verhalten zu stellen.

Auch wenn auf eine umfassende Erhebung dieser Variablen im Tabakmonitoring verzichtet wird, ist eine nähere Betrachtung dieser Variablen, die im Folgenden beschrieben werden, aufschlussreich.

## Aufhörbereitschaft, differenziert nach subjektiv wahrgenommenem Gesundheitszustand

Abbildung 6.8 zeigt deutlich, dass RaucherInnen, die ihren Gesundheitszustand als gut beschreiben, weniger bereit sind, mit dem Rauchen aufzuhören, als RaucherInnen, die gesundheitliche Beschwerden haben. Es ist wahrscheinlich, dass RaucherInnen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bewerten, ihre Beschwerden mit dem Rauchen in Verbindung bringen und deswegen eher die Absicht äussern, mit dem Rauchen aufzuhören. Vor allem wird trotz teilweise kleiner Fallzahlen deutlich, dass diese Absicht in absehbarer Zeit, d.h. innerhalb des nächsten halben Jahres (22%) bzw. der nächsten 30 Tage (16%) umgesetzt werden soll.

### Aufhörbereitschaft, differenziert nach subjektiv wahrgenommenem Gesundheitszustand

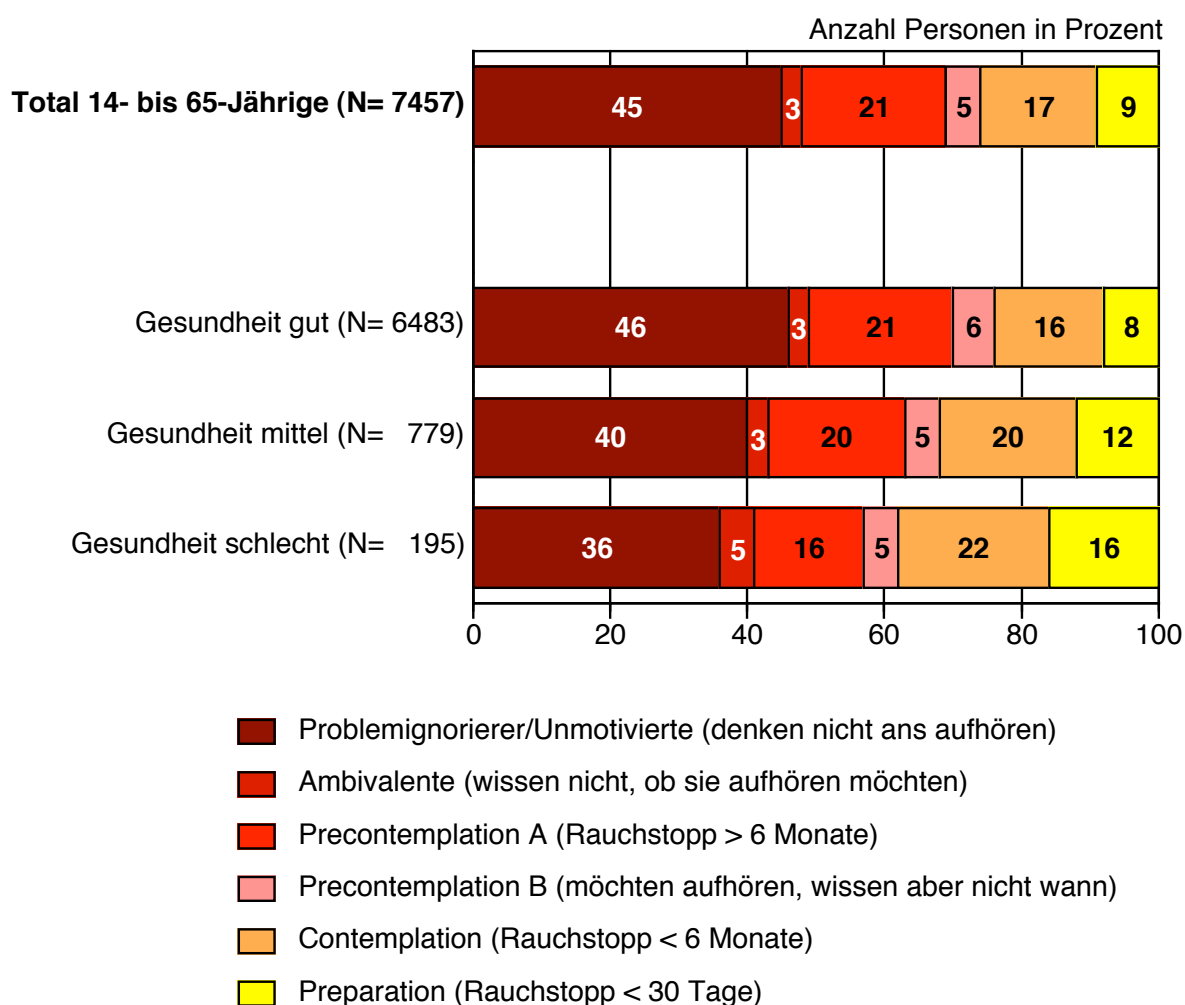


Abbildung 6.8: Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, differenziert nach subjektiv wahrgenommenem Gesundheitszustand

## Aufhörbereitschaft, differenziert nach (Atemwegs-)Beschwerden

Betrachtet man die Verteilung der Befragten auf die Stufen des TTM in Abhängigkeit mit den von ihnen berichteten gesundheitlichen Beschwerden, zeigt sich bei allen Beschwerden ein Zusammenhang mit der Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören: Die Aufhörbereitschaft ist deutlich grösser beim Vorhandensein von Schmerzen im Brustbereich, pfeifenden Geräuschen beim Atmen, Auswurf am Morgen und hartnäckigen Hustenanfällen (vgl. Abb. 6.9). Wahrscheinlich wird die erhöhte Aufhörbereitschaft zusätzlich verstärkt durch Aufforderungen zum Rauchstopp von Ärztinnen und Ärzten, da Personen mit Beschwerden öfter eine ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen (vgl. Bericht über ärztliche Raucherberatung; Krebs, Keller & Hornung, 2003, S. 27).

## Aufhörbereitschaft, differenziert nach (Atemwegs-)Beschwerden

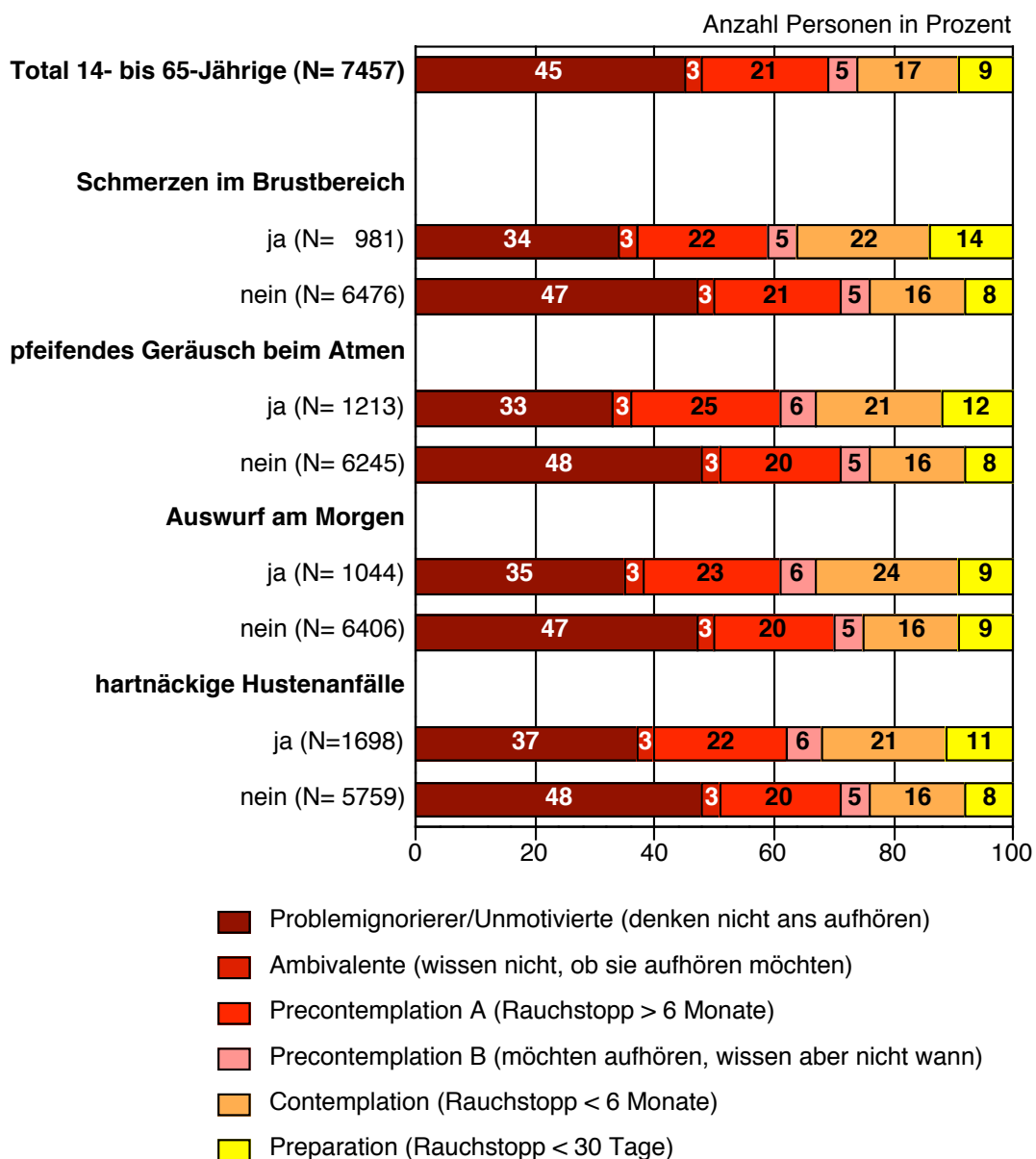


Abbildung 6.9: Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, differenziert nach (Atemwegs-)Beschwerden

## Aufhörbereitschaft, differenziert nach Gesundheitsverhaltensweisen

Abbildung 6.10 liefert eine Übersicht zur Aufhörbereitschaft in Kombination mit verschiedenen Gesundheitsverhaltensweisen.

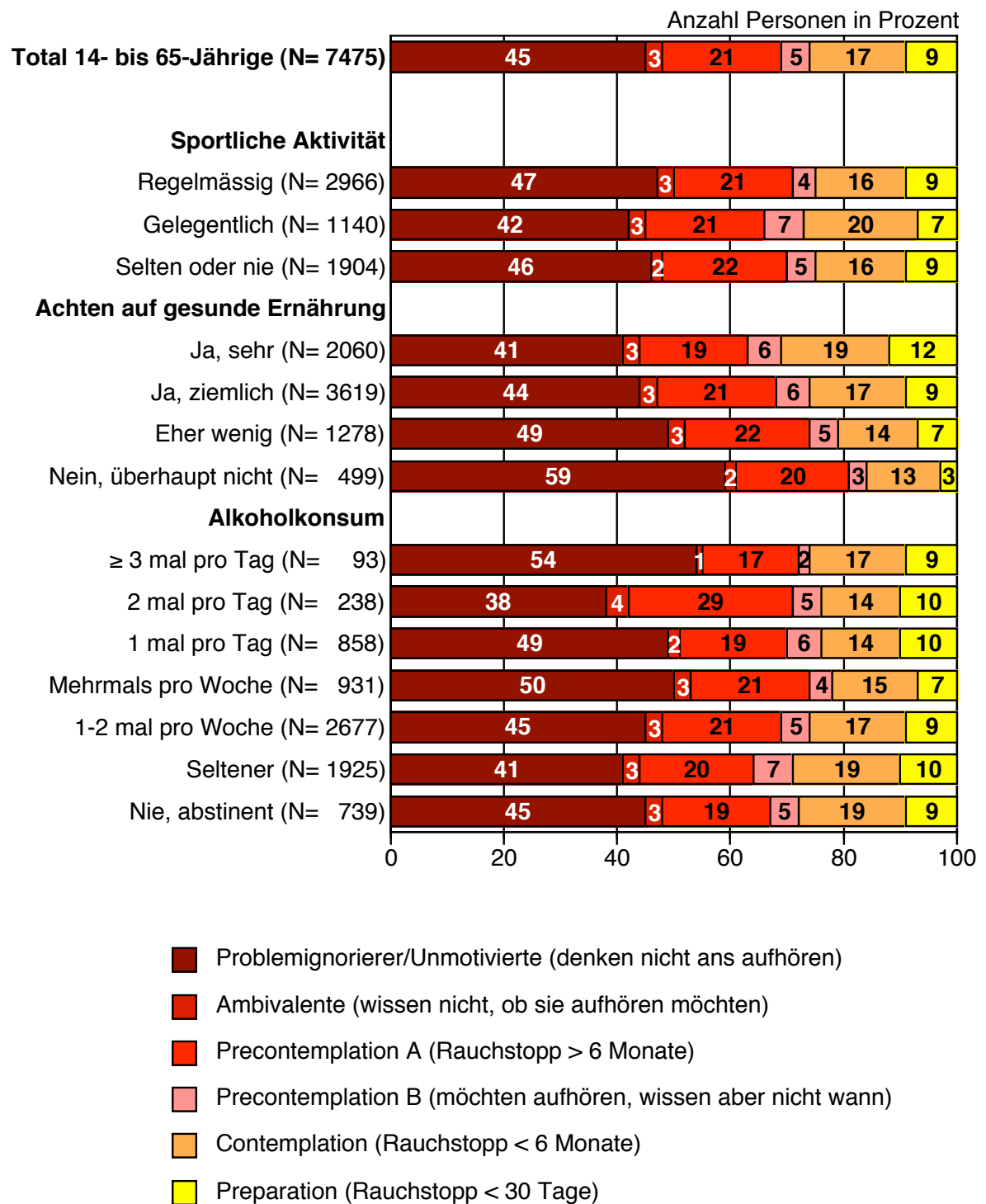
**Aufhörbereitschaft, differenziert nach Gesundheitsverhaltensweisen**

Abbildung 6.10: Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, differenziert nach Gesundheitsverhaltensweisen

Es scheint keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und der Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, zu bestehen. Dies könnte dadurch zustande kommen, dass vor allem jüngere Personen, die weniger tabakbedingte (Atemwegs-)Beschwerden wahrnehmen, häufiger Sport treiben. Es könnte aber auch ein Hinweis darauf sein, dass die sportliche Aktivität von einigen RaucherInnen als Kompensationsverhalten ausgeführt wird, in der Meinung, dass rauchen weniger schädlich sei, wenn man sich sportlich aktiv betätigt.

Betrachtet man die Ernährung, zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, und der Tatsache, ob man auf eine gesunde Ernährung achtet oder nicht. Personen, die Wert auf eine gesunde Ernährung legen, scheinen eher die Absicht zu haben, mit dem Rauchen in absehbarer Zeit aufzuhören.

Beim Zusammenhang zwischen der Aufhörbereitschaft und dem Alkoholkonsum lässt sich kein Trend feststellen, der sinnvoll interpretiert werden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dem mässigen Alkoholkonsum eine gesundheitsprotektive Wirkung zugeschrieben wird. Andererseits ist anzumerken, dass eine reine Häufigkeitsangabe, ohne beispielsweise die jeweilige Trinkmenge und die Art des Getränks zu erfassen, den Alkoholkonsum nur sehr global zu beschreiben vermag.



## 7 Reduktion des Tabakkonsums: theoretischer Hintergrund

Im vorangehenden Kapitel wurden Ergebnisse zur Aufhörbereitschaft der Raucherinnen und Raucher aus der Schweiz präsentiert. Im Folgenden wird auf ein Konzept eingegangen, welches nicht die Abstinenz in den Vordergrund rückt, sondern die Begrenzung eines möglichen Schadens, der durch ein Suchtverhalten entstehen kann. Für den Begriff der Schadensbegrenzung findet sich in der Literatur häufig der Begriff ‚Harm Reduction‘.

### 7.1 ‚Harm Reduction‘: begriffliche Klärungen

‚Harm Reduction‘ legt den Schwerpunkt auf kurzfristig erreichbare Verhaltensziele, welche Gesundheitsrisiken senken (Harm Reduction Coalition, 2003, Substance Abuse Network of Ontario, 2003).

Mit dem Konzept ‚Harm Reduction‘ werden verschiedene Begriffe verbunden. Ursprünglich geprägt wurde der Begriff im Zusammenhang mit verantwortungsvollem, d.h. mässigem Alkoholkonsum. Ein damit vollzogener Paradigmenwechsel in der aktuellen Suchtprävention übertrug sich auf verschiedene gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. Im Zusammenhang mit Rauchen tauchte der Begriff erstmals Mitte der 70er Jahre bei Frederiksen (1976) auf. Er prägte den Begriff ‚Harm Reduction‘ als *Kontrolliertes Rauchen* und verstand darunter ein komplexes Behandlungspaket, das sich speziell an RaucherInnen richtet, die nicht Willens oder nicht in der Lage sind, mit dem Rauchen aufzuhören. Es wurde ihnen Hilfe angeboten, den Zigarettenkonsum zu reduzieren und damit die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung zu verringern.

In der Folgezeit haben sich verschiedene Begriffe dazugesellt, die im Grossen und Ganzen für das Konstrukt ‚Harm Reduction‘ verwendet werden. Neben dem Begriff des *Kontrollierten Rauchens* (controlled, attenuated smoking) wird auch von *Reduziertem Rauchen* (reduced smoking), *Reduktionsmethode* (Reduction method, cigarette fading) oder *Schrittweiser Reduktion* (stepwise reduction) gesprochen (Drinkmann, 2002, S. 82).

Die Reduktion des Tabakkonsums wird heute als einer von zahlreichen ‚Harm Reduction‘-Ansätzen verstanden (Hughes, 2000, S. 3), was bedeutet, dass eine Person ihren Konsum einschränkt, indem sie ihr Rauchverhalten an einem zuvor festgelegten Plan oder einer Regel ausrichtet. Dazu ist ein hoher Grad an Selbstkontrolle notwendig, da Rauchende diejenige Alternative wählen müssen, die zwar vernünftiger, aber weniger attraktiv ist (langfristig: Gesundheit vs. kurzfristig: Genuss) (Drinkmann, 2002, S. 82f).

Die Pläne und Regeln können eine Begrenzung der pro Zeiteinheit konsumierten Menge vorsehen oder eine Reduktion der Nikotinaufnahme durch Änderung des Konsummusters.

Neben der Reduktion des Tabakkonsums umfasst der Begriff ‚Harm Reduction‘ verschiedene andere Strategien zur Verminderung der negativen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Konsequenzen von Substanzmittelgebrauch. Generell kann – wie bei abstinenzorientierten Ansätzen – zwischen umweltbezogenen (Verhältnisprävention, z.B. Rauchverbote) und personenbezogenen Massnahmen (Verhaltensprävention, medikamentös oder interaktionell) zur Schadensbegrenzung unterschieden werden.

Umweltbezogene Restriktionen sind beispielsweise Rauchverbote am Arbeitsplatz. Diese können zur Selbstkontrolle motivieren oder gar zwingen, den Tabakkonsum zu reduzieren. Sie sind für sich allein genommen jedoch nicht als Selbstkontrollmassnahmen zu sehen (ebd).

Bei den personenbezogenen Einschränkungen gelten insbesondere medikamentöse Hilfen als gut untersucht. Nikotinersatzpräparate wie Pflaster, Kaugummis, Nasensprays und Inhalatoren ermöglichen eine Nikotinaufnahme ohne Aufnahme schädlicher Substanzen, welche durch die Verbrennung einer Zigarette entstehen (Shields, 2002, S. 1436). Medikamentöse Hilfsmittel tragen jedoch kaum zur Steigerung der Selbstkontrolle bei; es kann im Gegenteil bei mangelnder Reflexion eine ähnliche Abhängigkeit gegenüber Nikotinersatzprodukten entwickelt werden wie zuvor gegenüber dem Rauchen (Drinkmann, 2002, S. 83).

Andere von Rauchenden angewandte Methoden zur Schadensbegrenzung sind der Konsum ‚leichter‘ Zigaretten mit reduziertem Nikotin- und Teergehalt, der Konsum von ‚rauchfreiem‘ Tabak wie z.B. Kautabak oder die temporäre Rauchabstinenz (Bates 2002, Drinkmann 2002). Ein häufig auftretendes Problem beim Wechsel auf ‚leichte Zigaretten‘ ist, dass das Umsteigen oft mit häufigerem Konsum, mehr Zügen pro Zigarette und tieferer Inhalation kompensiert wird, um den Nikotingehalt im Körper aufrechtzuerhalten. Dabei entsteht aber kein Gesundheitsgewinn, sondern eher das Gegenteil, da mit der tieferen Inhalation und dem häufigeren Konsum die anderen, rauchbedingten Schadstoffe (z.B. CO) vermehrt eingeatmet werden (Shields, 2002, S. 1436).

## **7.2 Bedeutung von Reduktion des Tabakkonsums**

Im Folgenden wird auf die Bedeutung der Reduktion des Tabakkonsums eingegangen. Dabei werden die Vorteile von reduziertem Tabakkonsum als Interventionsziel aufgezeigt sowie auf die Gefahren des Konzepts ‚Harm Reduction‘ hingewiesen.

### 7.2.1 Vorteile von Reduktion als Interventionsziel

Viele RaucherInnen, welche sich gemäss dem TTM in der Phase der Absichtslosigkeit (Precontemplation) befinden – also nicht die Absicht äussern, im nächsten halben Jahr mit dem Rauchen aufzuhören – sind sich der gesundheitlichen Risiken des Rauchens sehr wohl bewusst. Verschiedene Autoren betrachten ‚Harm Reduction‘ in Form von kontrolliertem Rauchen als sinnvolle Strategie, Gesundheitsrisiken zu reduzieren, ohne mit dem Rauchen ganz aufhören zu müssen. Dies besonders bei Personen, die – beispielsweise wegen zahlreicher Misserfolge – aktuell nicht mehr für einen weiteren Abstinenzversuch zu motivieren sind (Bolliger, 2000; Shields, 2002, S. 1435; Zellweger, 2001). Die Chance auf einen erfolgreichen Rauchstopp wird durch vorangegangene Reduktion erhöht, da der Selbstwert und die Selbsteffizienz von Rauchenden durch eine Reduktion häufig gesteigert werden. Zudem kann durch die Reduktion des Tabakkonsums die Nikotinabhängigkeit vermindert werden, was einen Rauchstopp ebenfalls erleichtern kann (Hughes, 2000, S. 5). So kann ‚Harm Reduction‘ den ‚Einstieg in den Ausstieg‘ bedeuten.

### 7.2.2 Gefahren der ‚Harm Reduction‘

Argumente gegen das Konzept der ‚Harm Reduction‘ besagen, dass durch bestimmte schadensbegrenzende Massnahmen (z.B. durch den Konsum von ‚leichten‘ Zigaretten) das Rauchen als weniger schädlich wahrgenommen wird, was die Wahrscheinlichkeit für einen Aufhörwunsch verringert (Hughes, 2000, S. 5).

Ausserdem wird die Problematik des kompensatorischen Verhaltens angeführt, aufgrund dessen gar keine wirkliche Risikoverminderung stattfindet (Hughes, 2000, S. 5).

Schliesslich bestehen Bedenken, dass ehemalige Raucherinnen und Raucher den Tabakkonsum wieder aufnehmen, da sie glauben, eine Schadensbegrenzungsmethode gefunden zu haben (Shields, 2002, S. 1435).

## 7.3 Zusammenfassung

Mit dem Konzept ‚Harm Reduction‘ werden verschiedene Begriffe verbunden. Im Zusammenhang mit Rauchen wurde der Begriff ‚Harm Reduction‘ als Kontrolliertes Rauchen geprägt und man verstand darunter ein komplexes Behandlungspaket, das sich an RaucherInnen wendet, die nicht mit dem Rauchen aufhören wollen oder können. In der zeitgenössischen Literatur findet man für ‚Harm Reduction‘, neben dem Begriff *Kontrolliertes Rauchen*, Bezeichnungen wie *Reduziertes Rauchen*, *Reduktionsmethode* oder *Schrittweise Reduktion*.

Die Reduktion des Tabakkonsums wird heute als einer von zahlreichen ‚Harm Reduction‘-Ansätzen verstanden. Er beinhaltet, dass eine Person ihren Konsum einschränkt, indem sie ihr Rauchverhalten an einem zuvor festgelegten Plan oder einer Regel ausrichtet.

Neben der Reduktion des Tabakkonsums umfasst der Begriff ‚Harm Reduction‘ verschiedene andere Strategien zur Verminderung der negativen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Konsequenzen von Substanzmittelgebrauch. Generell kann – wie bei abstinenzorientierten Ansätzen – zwischen umweltbezogenen (Verhältnisprävention, z.B. Rauchverbote) und personenbezogenen Massnahmen (Verhaltensprävention, medikamentös oder interaktionell) zur Schadensbegrenzung unterschieden werden. Andere von Rauchenden angewandte Methoden zur Schadensbegrenzung sind der Konsum ‚leichter‘ Zigaretten mit reduziertem Nikotin- und Teergehalt, der Konsum von ‚rauchfreiem‘ Tabak oder die temporäre Rauchabstinenz (Bates 2002, Drinkmann 2002).

Die Vorteile des Konzepts ‚Harm Reduction‘ liegen vor allem in einer durch die Reduktion erreichten Steigerung des Selbstwertes und der Selbsteffizienz, wie auch in der verminderten Nikotinabhängigkeit, was einen zukünftigen Abstinenzversuch zunehmend wahrscheinlicher macht (Hughes, 2000, S. 5). Demnach kann kontrolliertes Rauchen den ‚Einstieg in den Ausstieg‘ bedeuten.

Ein häufig auftretendes Problem bei der Anwendung von Methoden der ‚Harm Reduction‘ ist, dass in irgendeiner Form Kompensationsverhalten auftreten kann. Das Umsteigen auf ‚leichte‘ Zigaretten wird oft mit häufigerem Konsum, mehr Zügen pro Zigarette und tieferer Inhalation kompensiert, um den Nikotingehalt im Körper aufrechtzuerhalten. Dabei entsteht aber kein Gesundheitsgewinn, sondern eher das Gegenteil, da mit der tieferen Inhalation und dem häufigeren Konsum die andern, rauchbedingten Schadstoffe (z.B. CO) vermehrt eingeatmet werden (Shields, 2002, S. 1436). Zudem ist es möglich, dass durch bestimmte ‚Harm Reduction‘-Massnahmen (z.B. durch den Konsum von ‚leichten‘ Zigaretten) das Rauchen als irrtümlich weniger schädlich wahrgenommen wird, was die Wahrscheinlichkeit für einen Aufhörwunsch verringern kann (Hughes, 2000, S. 5).

## 8 Ergebnisse zur Reduktionsbereitschaft der Rauchenden auf der Precontemplation-Stufe

In den Wellen sieben bis zehn wurden diejenigen Rauchenden, die nicht oder nicht innerhalb der nächsten 6 Monate mit dem Rauchen aufhören möchten, zusätzlich gefragt, ob sie allenfalls ihren Tabakkonsum reduzieren möchten. Es handelt sich um einen Versuch, die Rauchenden auf der Precontemplation-Stufe des ursprünglichen Modells (vgl. S. 19) bzw. auf folgenden, in Kapitel 6 ausgewiesenen Stufen (vgl. S. 26), weiter zu differenzieren:

- Problemignorierer / Unmotivierte (Personen, die nicht ans Aufhören denken)
- Ambivalente (Personen, die nicht wissen, ob sie mit dem Rauchen aufhören möchten)
- Precontemplation A (Personen, die irgendwann mit dem Rauchen aufhören möchten, aber nicht innerhalb der nächsten 6 Monate)
- Precontemplation B (Personen, die mit dem Rauchen aufhören möchten, aber nicht wissen, wann sie dies tun wollen)

Die Rauchenden, die die Absicht äusserten, innert 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören (Contemplation-Stufe) und diejenigen, die den Rauchstopp in den nächsten 30 Tagen realisieren wollen (Preparation-Stufe), wurden hierzu nicht gefragt.

Als erstes folgt eine Übersicht zur Reduktionsbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, die nicht in absehbarer Zeit mit dem Rauchen aufhören möchten. In Anlehnung an die Fragen zur Aufhörbereitschaft wurden die entsprechenden Rauchenden gefragt, ob sie ihren Tabakkonsum reduzieren möchten und falls ja, ob sie diesen Schritt innerhalb des nächsten halben Jahres bzw. in den nächsten 30 Tagen beabsichtigen.

Anschliessend wird der allgemeine Reduktionswunsch nach Merkmalen des Rauchens, nach soziodemographischen Kriterien und nach dem Gesundheitszustand bzw. dem Gesundheitsverhalten näher analysiert. Differenzierte Analysen derjenigen Rauchenden, die ihren Tabakkonsum im nächsten halben Jahr bzw. in den nächsten 30 Tagen reduzieren möchten, sind aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht sinnvoll.

Schliesslich werden die Resultate zu drei Statements zur Reduktion des Tabakkonsums bzw. zur Schadensbegrenzung (Harm Reduction) präsentiert.

## 8.1 Reduktionsbereitschaft der Raucherinnen und Raucher: Gesamtübersicht

Insgesamt möchte ungefähr ein Viertel der Rauchenden (26%) mit dem Rauchen innerhalb des nächsten halben Jahres aufhören. Die anderen Rauchenden (N = 2 152), die entweder gar nicht mit dem Rauchen aufhören möchten (n = 1 399) oder aber einen Aufhörwunsch haben, den Rauchstopp aber nicht innerhalb von 6 Monaten realisieren wollen (n = 753), wurden gefragt, ob sie allenfalls ihren Tabakkonsum reduzieren möchten (vgl. Abb. 8.1).



Abbildung 8.1: Reduktionsbereitschaft der Raucherinnen und Raucher, die gar nicht oder nicht innerhalb eines halben Jahres mit dem Rauchen aufhören möchten

44% der Rauchenden, die gar nicht oder nicht innerhalb von 6 Monaten mit dem Rauchen aufhören möchten, wollen ihren Tabakkonsum reduzieren. 53% der RaucherInnen haben keinen Reduktionswunsch und 3% wissen es nicht oder gaben keine Antwort auf diese Frage. Aus Abbildung 8.1 geht weiter hervor, dass 58% der reduzierbereiten Personen eine Reduktion in den nächsten 6 Monaten anstreben und etwa ein Drittel (32%) dieser Personen diesen Schritt in den nächsten 30 Tagen in die Tat umsetzen möchte.

### 8.1.1 Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Merkmalen des Rauchens

Im Folgenden wird der allgemeine Reduktionswunsch, differenziert nach Aufhörbereitschaft, Raucherstatus, aktuellem Zigarettenkonsum sowie missglücktem Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten beschrieben.

#### Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Aufhörbereitschaft

Betrachtet man in Abbildung 8.2 die Reduktionsbereitschaft, differenziert nach der Aufhörbereitschaft aller Precontemplators, wird ersichtlich, dass ein Drittel der Problemignorierer / Unmotivierten ihren Tabakkonsum reduzieren möchte. Dieser Anteil steigt bei den Ambivalenten auf rund 50%. Von den Rauchenden auf den Stufen ‚Precontemplation A‘ und ‚Precontemplation B‘ möchten beinahe zwei Drittel ihren Tabakkonsum reduzieren.

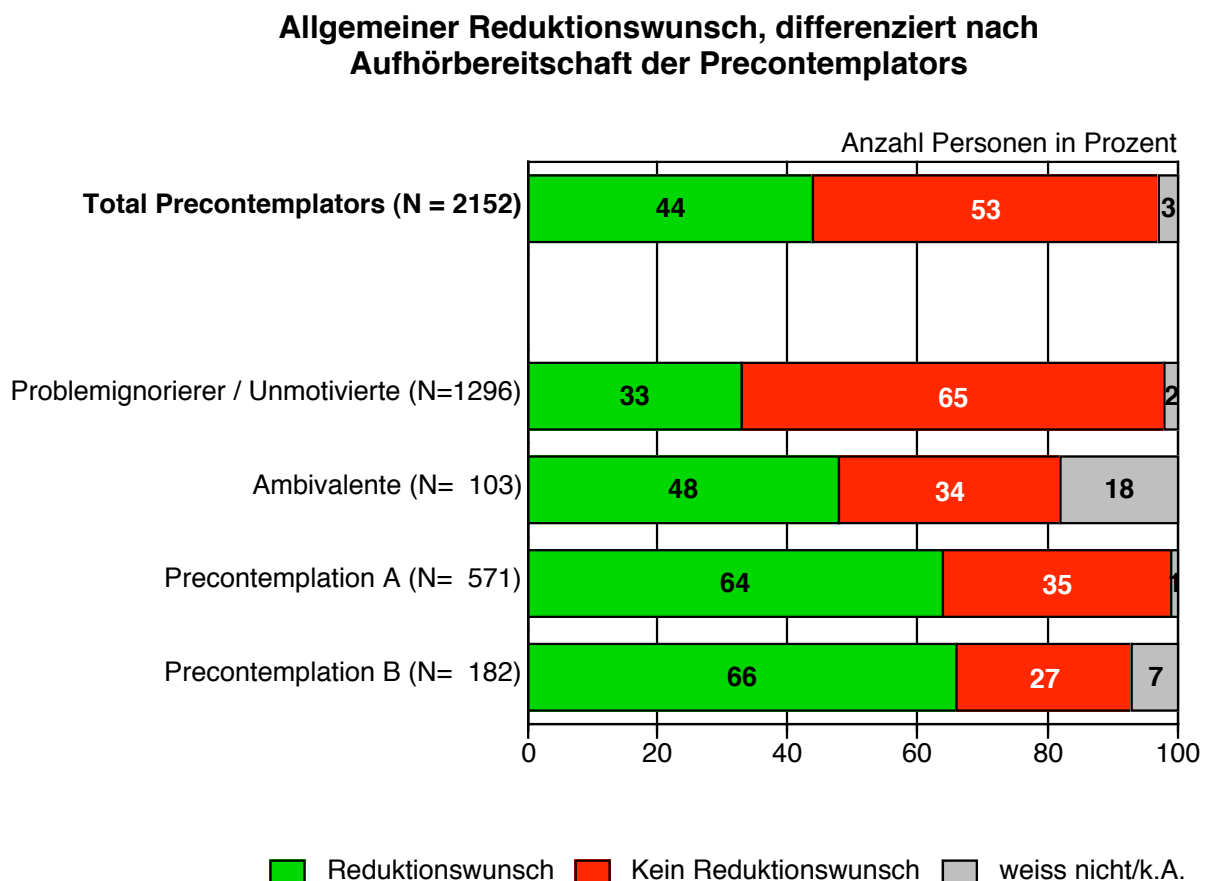


Abbildung 8.2: Allgemeiner Reduktionswunsch der Raucherinnen und Raucher, differenziert nach Aufhörbereitschaft der Precontemplators

## Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Raucherstatus und aktuellem Zigarettenkonsum

Analog zur Aufhörbereitschaft zeigt sich auch hinsichtlich des Reduktionswunsches ein klarer Zusammenhang mit dem Raucherstatus und dem aktuellen Zigarettenkonsum. Tägliche RaucherInnen haben deutlich stärker die Absicht, ihren Tabakkonsum zu reduzieren als nicht-tägliche RaucherInnen. Bei den täglichen Raucherinnen und Rauchern steigt der Reduktionswunsch bis zu einer Konsummenge von 20 Zigaretten kontinuierlich an, danach ist er wieder geringfügig tiefer (vgl. Abb. 8.3).

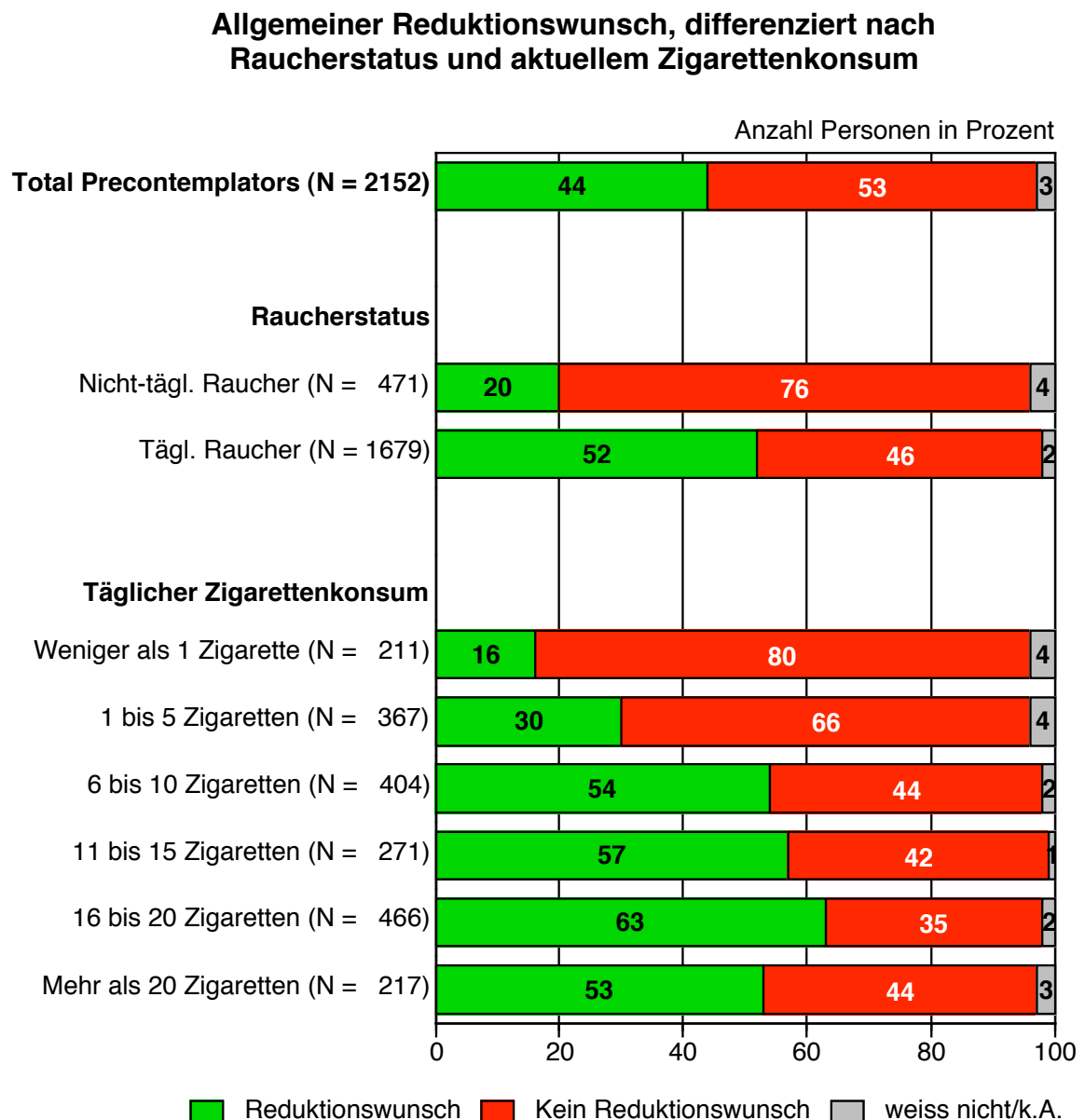


Abbildung 8.3: Allgemeiner Reduktionswunsch differenziert nach Raucherstatus und aktuellem Zigarettenkonsum

Eine mögliche Interpretation ist wiederum, dass täglich Rauchende aufgrund des Wissens um die Schädlichkeit des Rauchens oder durch tatsächlich vorhandene gesundheitliche



Beschwerden eine Reduktion des Tabakkonsums als notwendiger erachten als Personen mit einem geringen Zigarettenkonsum. Starke Raucherinnen und Raucher (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) nehmen aber vermutlich ihre Abhängigkeit und die damit verbundene Schwierigkeit einer Konsumreduktion deutlich wahr, was die Reduktionsbereitschaft etwas eindämmen könnte.

Bei den kleinen Merkmalsgruppen ist jedoch auf die erhöhten statistischen Fehlerspannen von bis zu +/- 7% zu achten.

### Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten

Ein gescheiterter Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten kann dazu führen, dass eine rauchende Person in absehbarer Zeit keinen weiteren Aufhörversuch mehr unternehmen möchte. Für die Mehrheit scheint ein erfolgloser Rauchstopp allerdings eine gute Voraussetzung für einen nachfolgenden Reduktionswunsch zu sein (vgl. Abb. 8.4). Es kann davon ausgegangen werden, dass einem Aufhörversuch die bewusste Beschäftigung mit dem eigenen Suchtverhalten vorausgeht. Ob die Anzahl der gescheiterten Aufhörversuche einen Einfluss auf den Reduktionswunsch hat, bzw. ob eine steigende Zahl von gescheiterten Aufhörversuchen eher resignative Wirkung hervorrufen kann, lässt sich aufgrund der kleinen Stichprobengrösse nicht beantworten.

### Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten

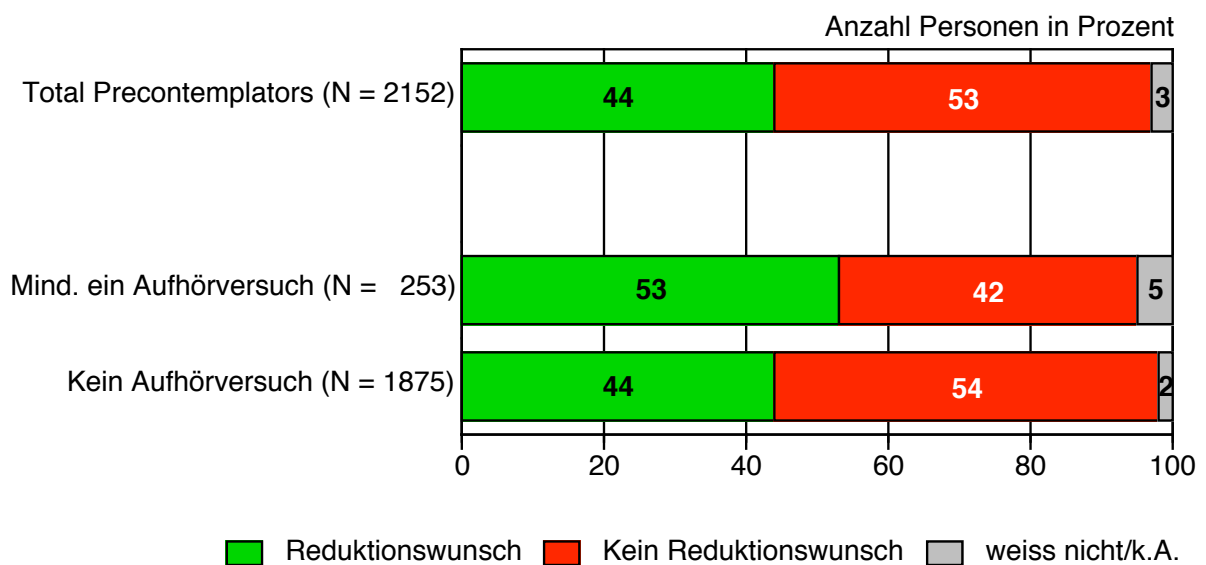


Abbildung 8.4: Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten

### 8.1.2 Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach soziodemographischen Merkmalen

Entsprechend der Aufhörbereitschaft wurde auch die Reduktionsbereitschaft differenziert nach soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Schulbildung) untersucht.

#### Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Geschlecht

Während sich hinsichtlich des Aufhrwan-sches kein Geschlechtsunterschied zeigte, beantworten Frauen die Frage, ob sie ihren Tabakkonsum reduzieren möchten, deutlich häufiger mit ‚ja‘ als Männer (vgl. Abb. 8.5). Ein Einflussfaktor könnte wiederum eine aktuelle Schwangerschaft, das Vorhandensein von Kleinkindern oder der Wunsch nach Kindern sein. Von denjenigen Frauen und Männern, die ihren Tabakkonsum reduzieren möchten, wollen dies ungefähr gleich viele innerhalb des nächsten halben Jahres tun. Erfragt man jedoch den konkreten Reduktionswunsch in den folgenden 30 Tagen, zeigt sich wieder eine stärkere Absicht bei den Frauen als bei den Männern.

#### Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Geschlecht

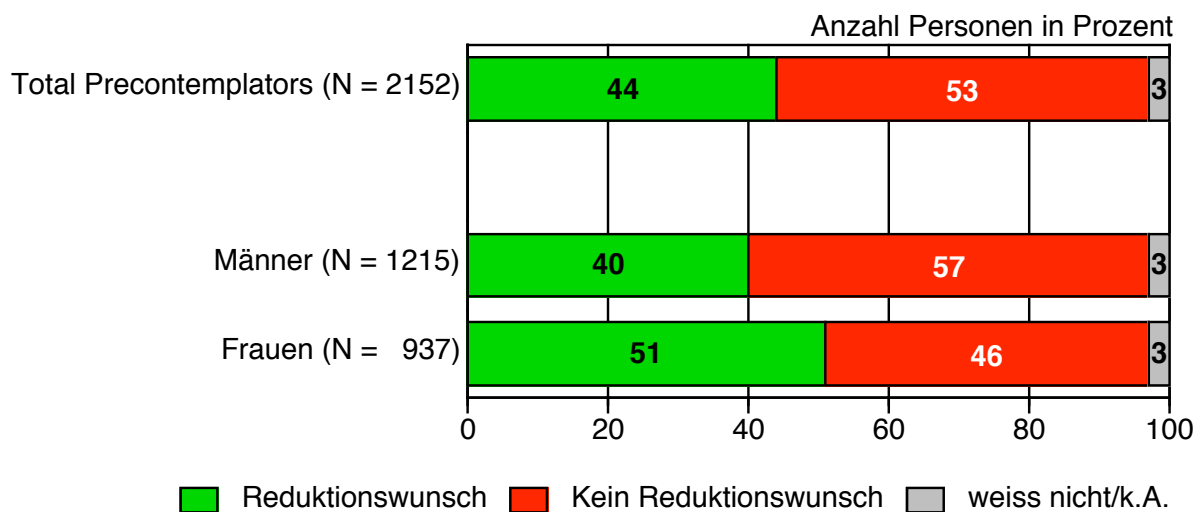


Abbildung 8.5: Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Geschlecht

## Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Alter

Betrachtet man den Reduktionswunsch der Precontemplators in Abbildung 8.6 differenziert nach Alter, zeigt sich, dass 14- bis 24-jährige RaucherInnen eher den Wunsch haben, ihren Tabakkonsum zu reduzieren, als die übrigen RaucherInnen. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass der Altersunterschied hinsichtlich der Reduktionsabsicht innert 6 Monaten nicht mehr auftritt und sich auf die Frage nach einem Reduktionswunsch innerhalb der nächsten 30 Tage sogar umkehrt. Junge RaucherInnen zeigen folglich ein Problembewusstsein, soll die Reduktion jedoch in absehbarer Zeit (in den nächsten 30 Tagen) geschehen, nimmt die Absicht deutlich ab.

### Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Alter

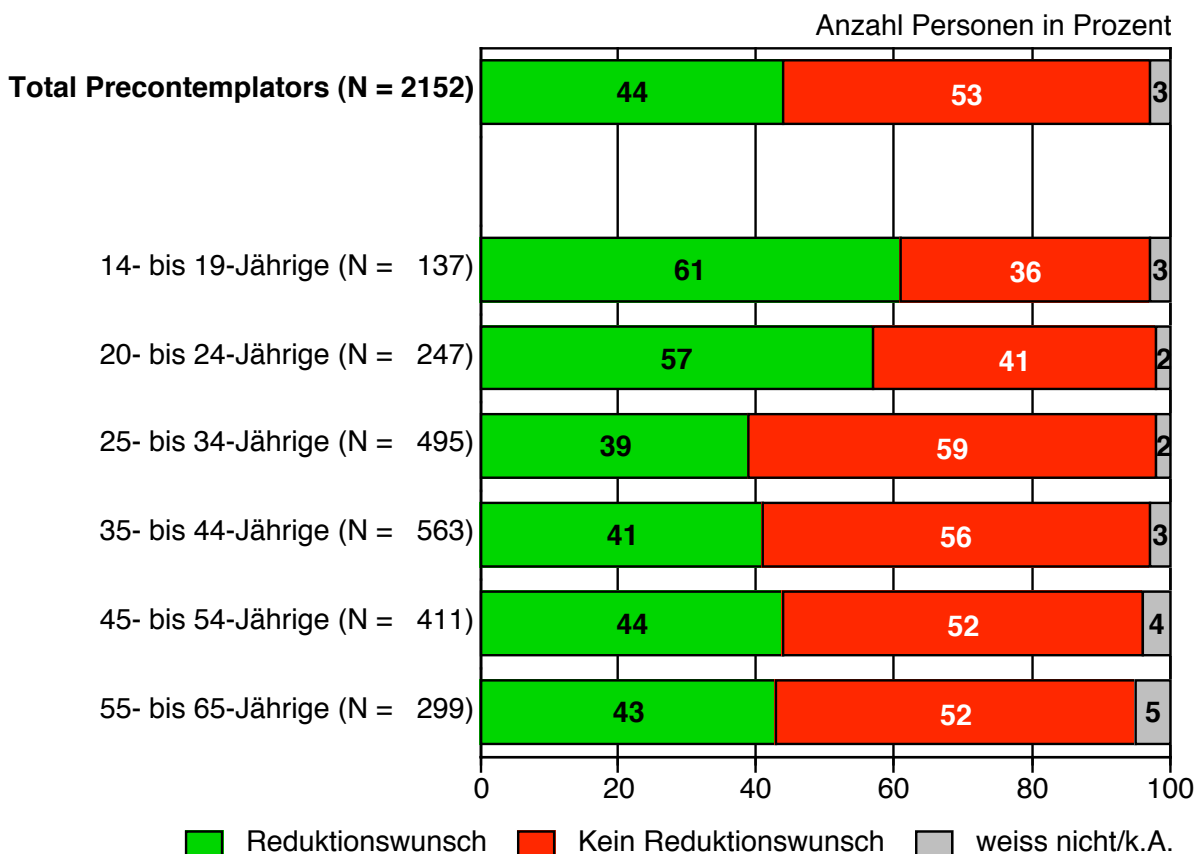


Abbildung 8.6: Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Alter

## Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach höchster abgeschlossener Schulbildung

Mit steigender Schulbildung scheint nicht nur die Aufhörbereitschaft abzunehmen, sondern auch die Absicht, den Tabakkonsum zu reduzieren (vgl. Abb. 6.7, S. 35f).

Während bei Personen mit obligatorischer Schulbildung noch mehr als die Hälfte (55%) der Precontemplators den Tabakkonsum reduzieren möchten, sind es bei denjenigen mit höherer Schulbildung nur noch knapp 40%.

### Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach höchster abgeschlossener Schulbildung (20- bis 65-Jährige)

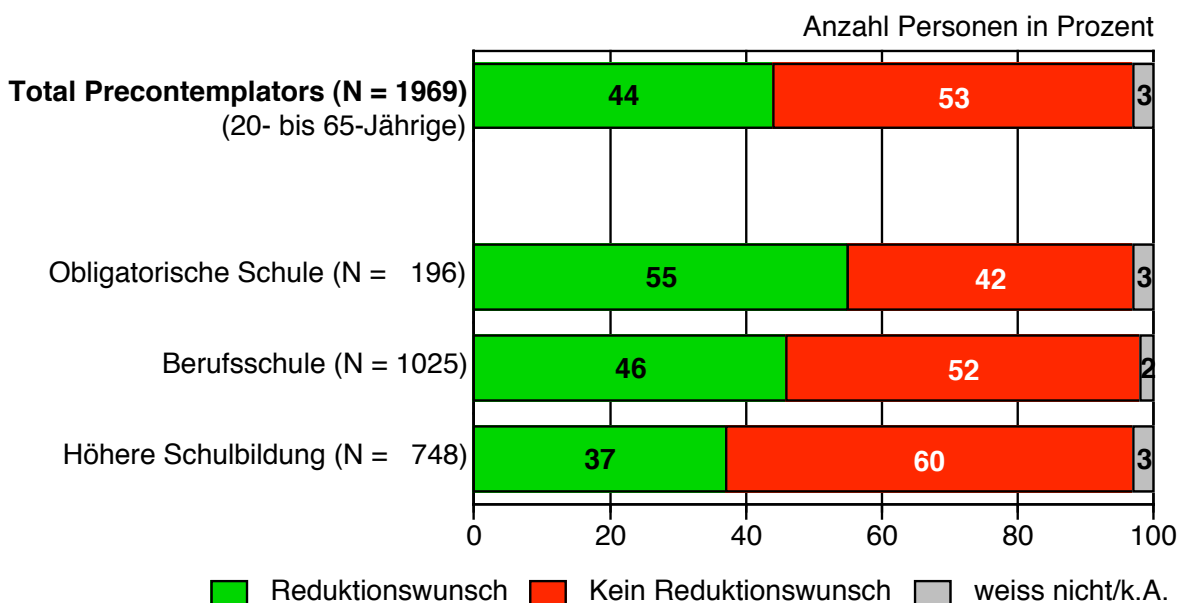


Abbildung 8.7: Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach höchster abgeschlossener Schulbildung

### 8.1.3 Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Hinsichtlich ihrer Gesundheit wurden die Personen gefragt, wie sie ihren Gesundheitszustand einschätzen, ob sie unter gesundheitlichen Beschwerden leiden, ob sie auf eine gesunde Ernährung achten, wie häufig sie Sport treiben und wie häufig sie Alkohol trinken.

## Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach subjektiv wahrgenommenem Gesundheitszustand

Abbildung 8.8 zeigt den Reduktionswunsch hinsichtlich des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes. Da nur 37 Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen, in die Auswertungen einbezogen werden konnten, ist eine allgemeingültige Aussage nicht zulässig. Es macht jedoch den Anschein, dass Personen, die nicht mit dem Rauchen aufhören wollen und sich gesund fühlen, am wenigsten den Tabakkonsum reduzieren möchten.

Die geringe Fallzahl der Personen mit schlechtem Gesundheitszustand lässt sich mit Abbildung 6.8 (s. S. 37) erklären: Diese Rauchenden möchten deutlich häufiger mit dem Tabakkonsum aufhören, vermutlich, weil ihnen eine Reduktion als unzureichend erscheint.

### Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach subjektiv wahrgenommenem Gesundheitszustand

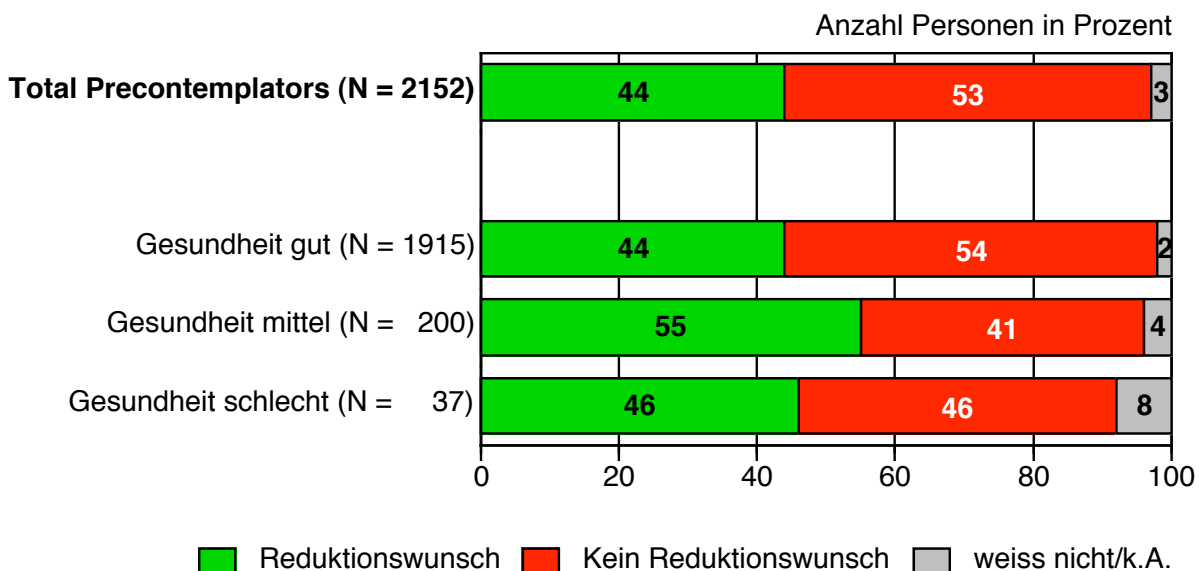


Abbildung 8.8: Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach subjektiv wahrgenommenem Gesundheitszustand

## Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach (Atemwegs-)Beschwerden

Zwischen einem Reduktionswunsch und (Atemwegs-)Beschwerden zeigt sich der folgende Zusammenhang: Rauchende, die ein pfeifendes Geräusch beim Atmen bemerken bzw. unter hartnäckigen Hustenanfällen leiden, haben stärker den Wunsch, ihren Tabakkonsum zu reduzieren, als RaucherInnen, die über keine derartigen gesundheitlichen Beschwerden verfügen. Bei ‚Schmerzen im Brustbereich‘ und ‚Auswurf am Morgen‘ besteht hinsichtlich eines Reduktionswunsches kein Unterschied.

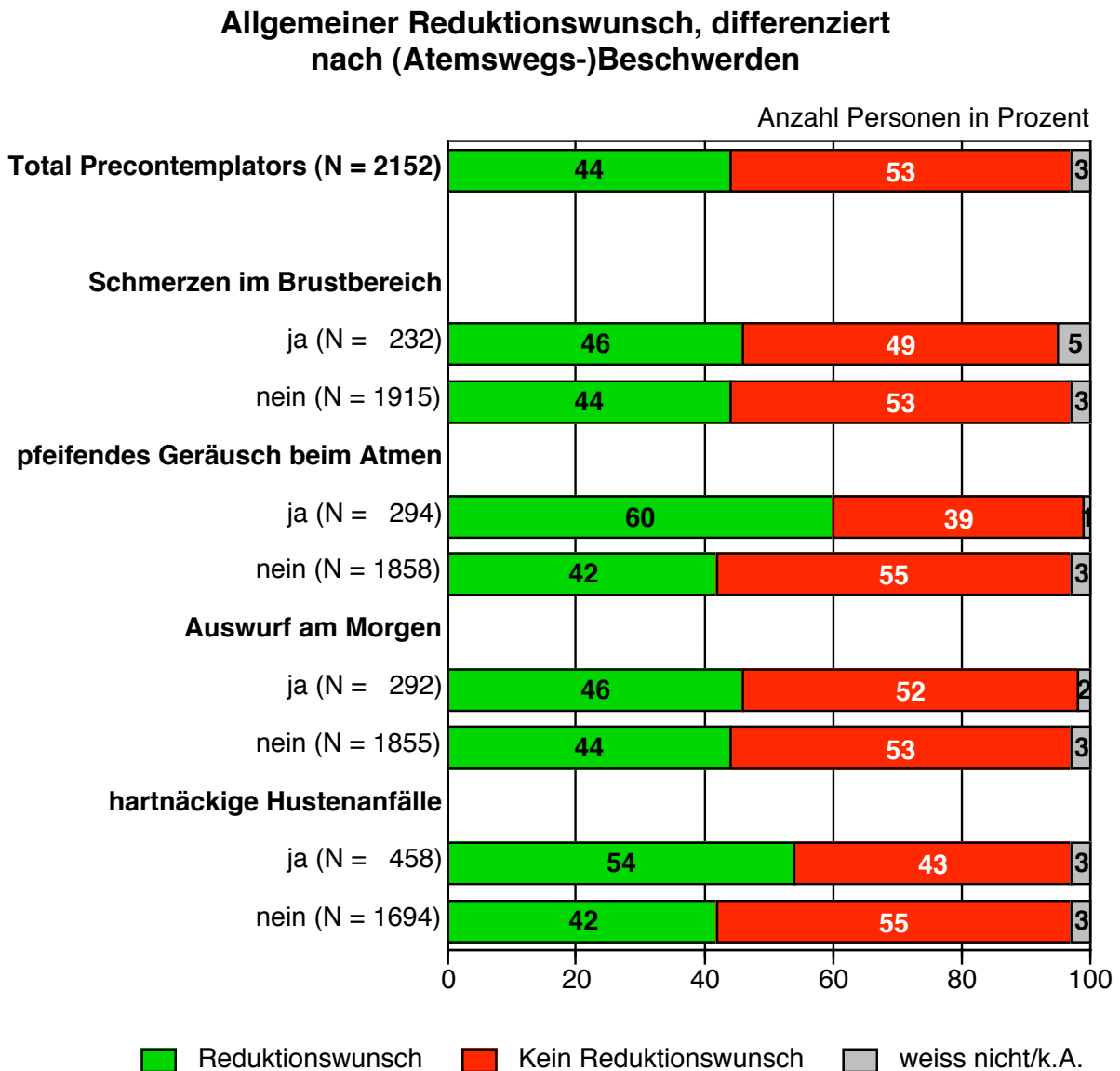


Abbildung 8.9: Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach (Atemwegs-)Beschwerden

### Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Gesundheitsverhaltensweisen

Abbildung 8.10 liefert einen Überblick zum allgemeinen Reduktionswunsch, differenziert nach sportlicher Aktivität, Ernährungsverhalten und Alkoholkonsum. Die kleinere Stichprobengrösse bezüglich sportlicher Aktivität ist dadurch begründet, dass diese Frage nur bis und mit Welle 8, also in zwei von vier Wellen des Zusatzmoduls ‚Harm Reduction‘, erhoben wurde.

Rauchende, die regelmässig Sport treiben, möchten ihren Tabakkonsum weniger reduzieren als die anderen Raucherinnen und Raucher. Dieser Befund deckt sich mit denjenigen zum subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand und zu den (Atemwegs-)Beschwerden, da sich sportlich aktive Personen vermutlich auch gesünder fühlen. Wie bei der Aufhörbereitschaft ist zudem auch hier denkbar, dass sportliche Aktivität von einigen Rauchenden als Kompensationsverhalten ausgeführt wird: Sie gehen davon aus, dass durch Sporttreiben die gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Rauchens abgeschwächt oder gar aufgehoben werden können.

Weiter achten Rauchende, die ihren Tabakkonsum reduzieren wollen, tendenziell eher auf gesunde Ernährung als RaucherInnen ohne Reduktionswunsch.

Hinsichtlich des Alkoholkonsums lässt sich kein eindeutiges Ergebnis formulieren. Über die kleinen Merkmalsgruppen, die ein- oder mehrmals pro Tag Alkohol trinken, können keine statistisch gesicherten Aussagen gemacht werden. Zu den übrigen Gruppen lässt sich sagen, dass der Reduktionswunsch mit sinkendem Alkoholkonsum tendenziell zunimmt.

### Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Gesundheitsverhaltensweisen

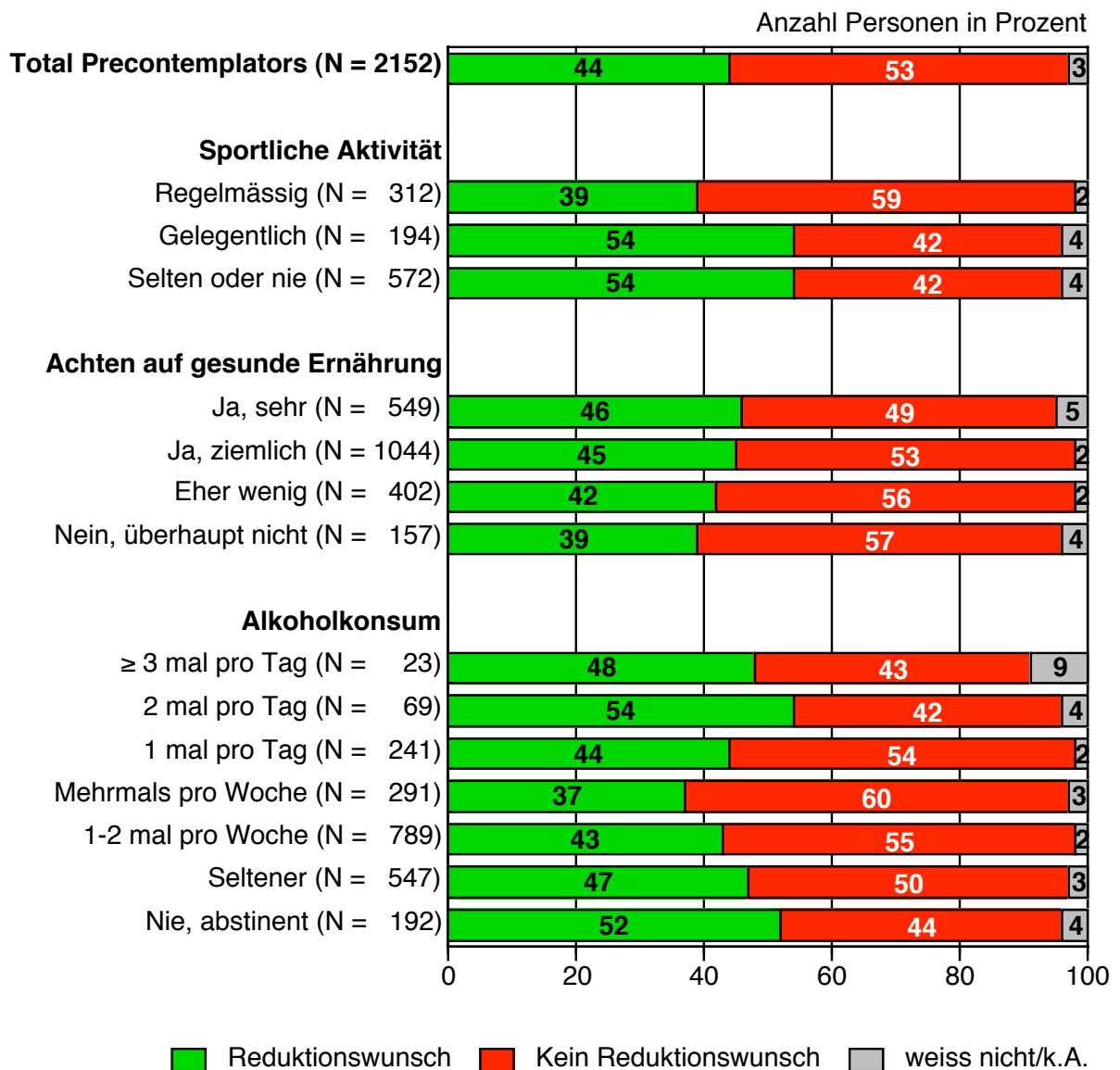


Abbildung 8.10: Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Gesundheitsverhaltensweisen



## 8.2 Einstellungen zu Harm Reduction

Abschliessend werden die Resultate zu drei Aussagen zur Reduktion des Tabakkonsums bzw. zur Schadensbegrenzung (Harm Reduction) präsentiert. Gefragt wurden nicht nur die aktuell rauchenden Personen, sondern auch die ehemaligen Raucherinnen und Raucher mit der Bitte, diesen Aussagen auf einer vierstufigen Skala jeweils zuzustimmen respektive sie zu verneinen.

### 8.2.1 Einstellungen zur Reduktion des Tabakkonsums

Abbildung 8.11 ist zu entnehmen, dass insgesamt drei Viertel (48% und 26%) der Ansicht sind, dass eine Reduktion des Tabakkonsums langfristig wenig wirksam ist, da bald wieder gleichviel geraucht wird wie zuvor. Die Antwortmöglichkeit „ist von Person zu Person verschieden“ wurde nicht vorgelesen, wenn die Befragten dies jedoch sagten, wurde es so codiert.

Wenn man mit dem Rauchen nicht ganz aufhört, sondern nur die Menge reduziert, dann wird man bald wieder gleichviel rauchen wie vorher (N=4781)

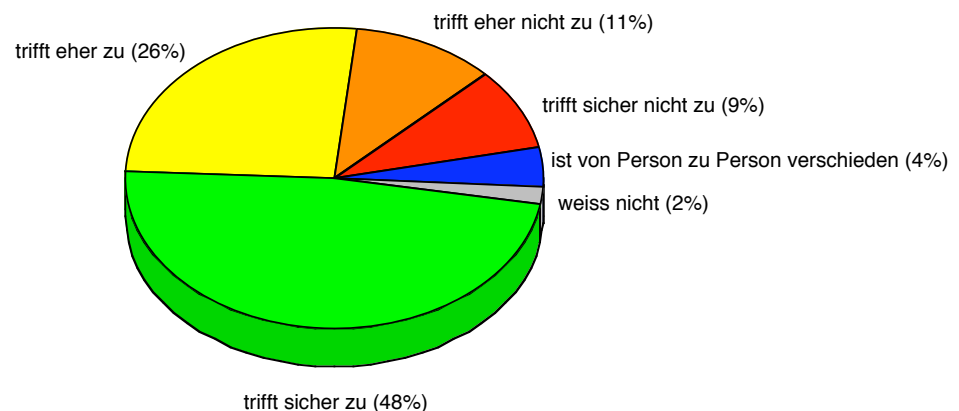


Abbildung 8.11: Reduktion des Tabakkonsum - Grad der Zustimmung zu Statement 1

Interessant ist eine Betrachtung dieses Statements differenziert nach Raucherstatus (vgl. S. 58, Abb. 8.12).

**Wenn man mit dem Rauchen nicht ganz aufhört, sondern nur die Menge reduziert,  
dann wird man bald wieder gleichviel rauchen wie vorher  
(Mittelwertsvergleiche, N = 4 664)**

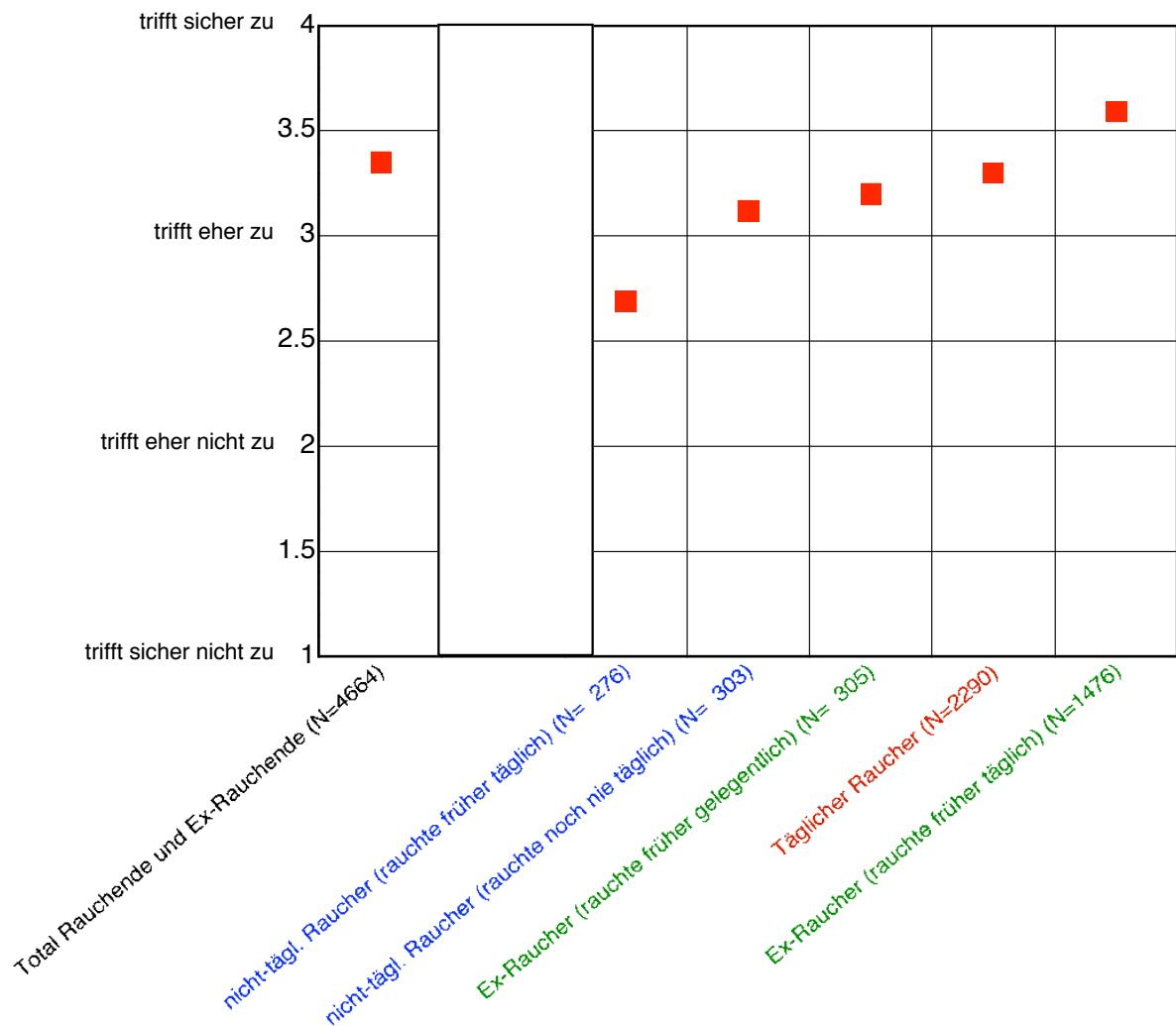


Abbildung 8.12: Einstellung zur Reduktion des Tabakkonsums, differenziert nach Raucherstatus (Statement 1)

Die höchste Zustimmung zu dieser Aussage erfolgt von ehemaligen täglichen RaucherInnen, gefolgt von den aktuell täglich und den ehemaligen gelegentlich rauchenden Personen. Erwartungsgemäss stimmen nicht-tägliche RaucherInnen, die früher einmal täglich geraucht haben, dem Statement am wenigsten zu. Diese Personen haben ihr Rauchverhalten in der Vergangenheit geändert und über längere Zeit beibehalten können. Über allfällige Gründe, weshalb dieses Statement trotz erfolgreicher Verhaltensänderung nicht deutlicher abgelehnt wird, kann nur spekuliert werden. Es ist möglich, dass einige diese Verhaltensänderung nur mit grosser Mühe aufrechterhalten können oder ganz aufhören möchten, diesen Schritt aber nicht schaffen. Denkbar ist auch, dass einzelne zwar nicht mehr täglich rauchen, die Konsummenge dadurch aber nicht bedeutsam zurückgegangen ist.

Wenn man den Tabakkonsum zuerst reduziert, ist es nachher leichter, mit dem Rauchen ganz aufzuhören (N=4781)

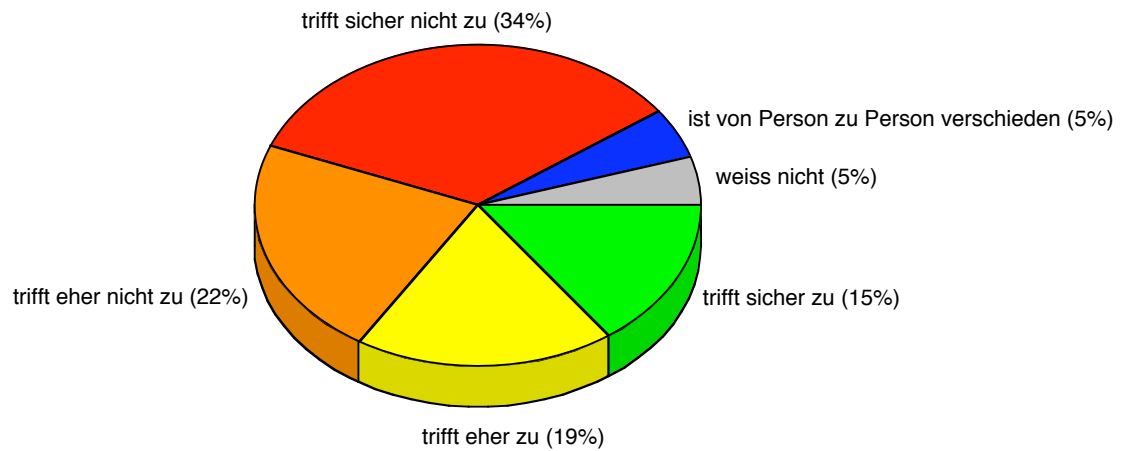


Abbildung 8.13: Reduktion des Tabakkonsum - Grad der Zustimmung zu Statement 2

Die nächste Aussage, zu der die aktuellen und ehemaligen RaucherInnen um ihre Einschätzung gebeten wurden, lautete: „Wenn man den Tabakkonsum zuerst reduziert, ist es nachher leichter, mit dem Rauchen ganz aufzuhören.“. Diesem Statement stimmt rund ein Drittel der Befragten eher oder sicher zu. Mehr als die Hälfte der Personen (56%) sind der Ansicht, dass ein Rauchstopp auch mit vorgängiger Reduktion nur schwer zu realisieren ist (vgl. Abb. 8.13).

**Wenn man den Tabakkonsum zuerst reduziert, ist es nachher leichter,  
mit dem Rauchen ganz aufzuhören  
(Mittelwertsvergleiche, N = 4 519)**

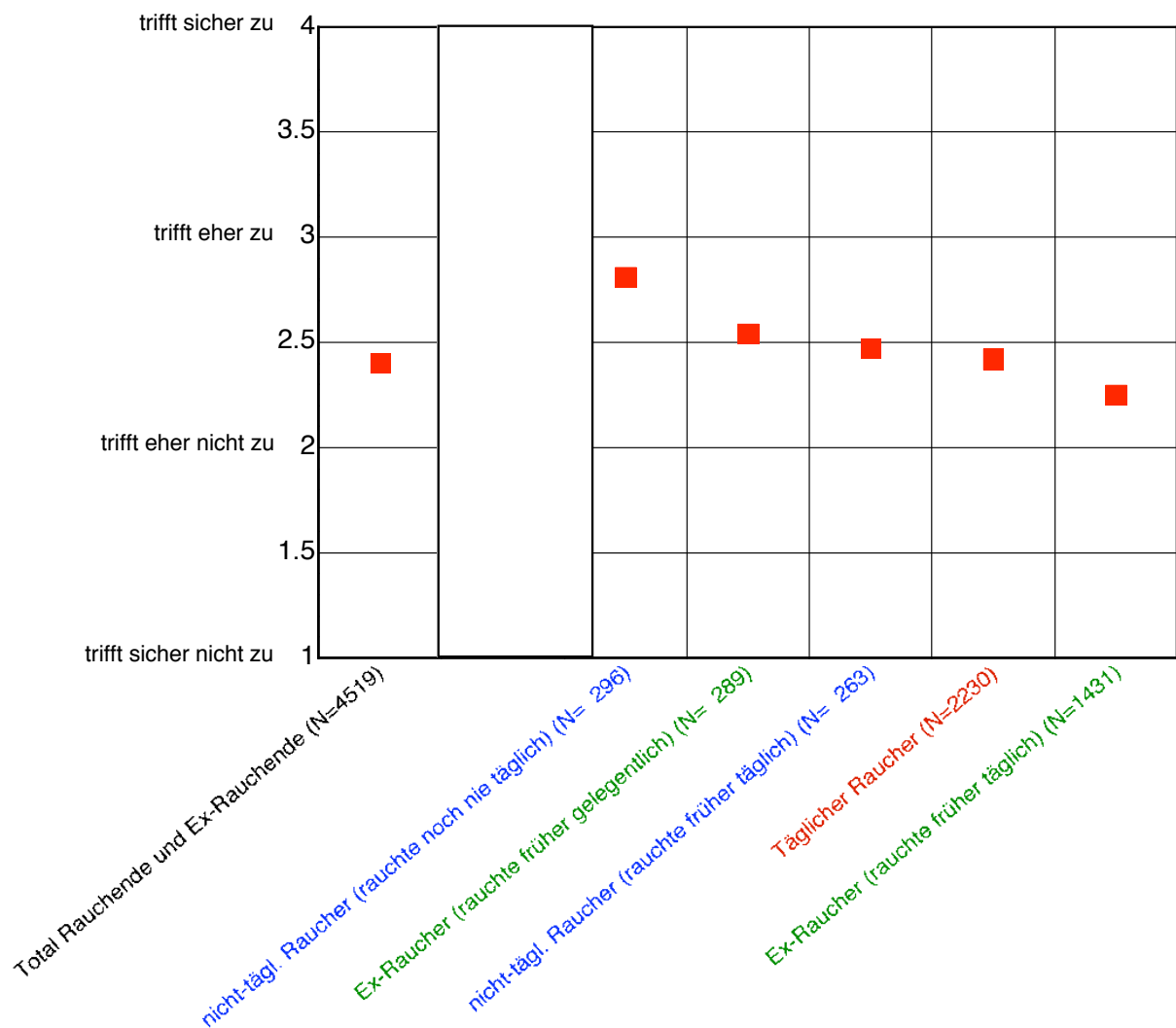


Abbildung 8.14: Einstellung zur Reduktion des Tabakkonsums, differenziert nach Raucherstatus (Statement 2)

Auch dieses Ergebnis wurde differenziert nach Raucherstatus betrachtet (vgl. Abb. 8.14). Nicht-tägliche Raucherinnen und Raucher, die noch nie täglich geraucht haben, stimmen dieser Reduktionsstrategie am stärksten zu. Die ehemaligen RaucherInnen, die früher täglich rauchten, stehen einer Reduktion des Tabakkonsums mit dem Ziel, später ganz aufzuhören, am kritischsten gegenüber.

### 8.2.2 Einstellung zum Konsum ‚leichter‘ Zigaretten

In Kapitel 7 (theoretischer Hintergrund zu ‚Harm Reduction‘) wurde erwähnt, dass eine von Rauchenden angewandte Methode zur Schadensbegrenzung der Konsum ‚leichter‘ Zigaretten ist. Dabei wird meist ausser Acht gelassen, dass das ‚Umsteigen‘ oft mit häufigerem Konsum, mehr Zügen pro Zigarette und tieferer Inhalation kompensiert wird, um den Nikotingehalt im Körper aufrechtzuerhalten.

Um das diesbezügliche Wissen der aktuellen und ehemaligen Rauchenden zu erheben, wurden sie gefragt, ob mit dem Rauchen von ‚leichten‘ Zigaretten die Gesundheitsschäden begrenzt werden können.

Aus Abbildung 8.15 geht hervor, dass 58% der Personen diese Aussage klar verneinen, weitere 21% sind sich ziemlich sicher, dass dies keine Möglichkeit zur Begrenzung der Gesundheitsschäden ist.

Mit dem Rauchen von leichten Zigaretten kann man die Gesundheitsschäden begrenzen  
(N=4781)

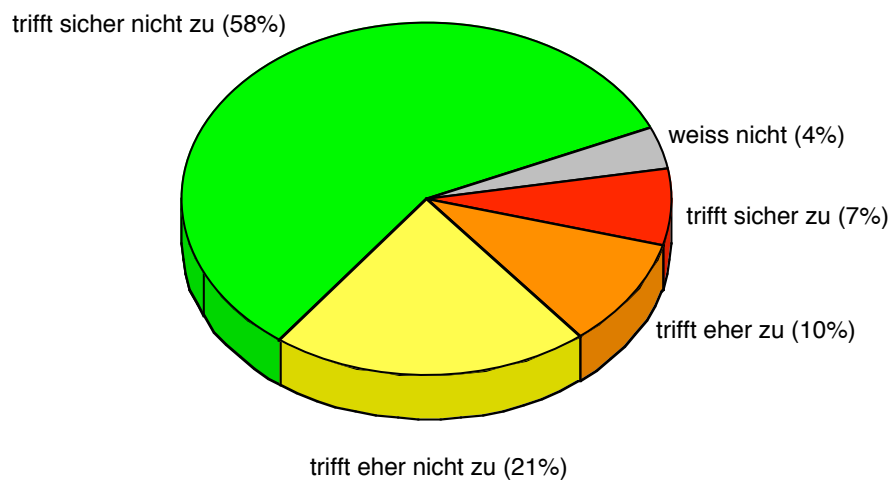


Abbildung 8.15: Einstellung zum Konsum von ‚leichten‘ Zigaretten als Strategie zur Begrenzung von Gesundheitsschäden

Die Differenzierung nach Raucherstatus zeigt, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Rauchenden bzw. Ex-Rauchenden gibt (vgl. Abb. 8.16). Allerdings zeigt sich ein leichter Bildungsunterschied: Personen mit tieferer Schulbildung stimmen dem Statement mit einem Mittelwert von 1.9 leicht stärker zu als solche mit höherer Schulbildung (M = 1.6).

**Mit dem Rauchen von leichten Zigaretten kann man die Gesundheitsschäden begrenzen  
(Mittelwertsvergleiche, N = 4 602)**

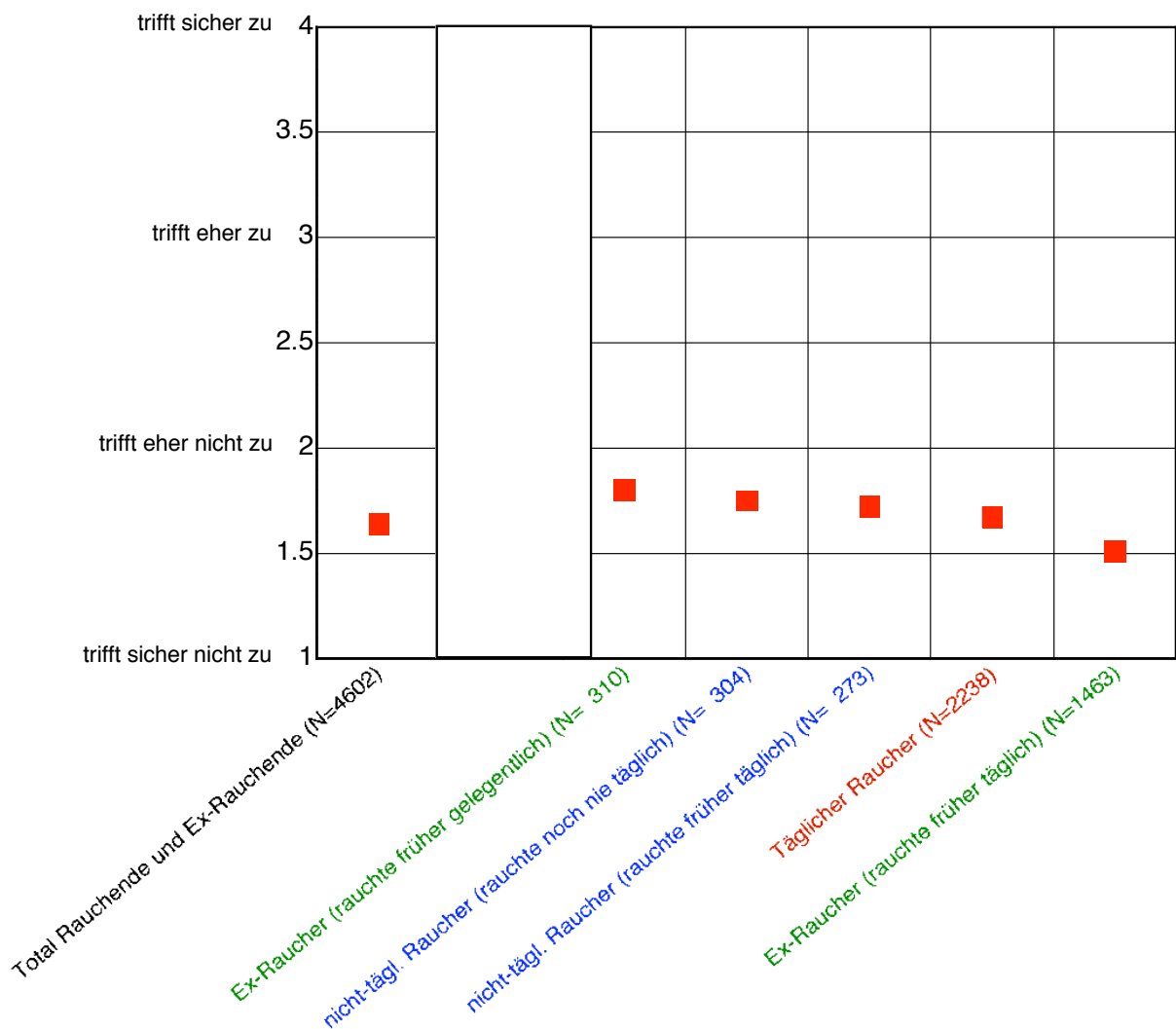


Abbildung 8.16: Einstellung zum Konsum von ‚leichten‘ Zigaretten als Strategie zur Begrenzung von Gesundheitsschäden, differenziert nach Raucherstatus

## 9 Zusammenfassung

Dem vorliegenden Bericht sind die Ergebnisse zur Aufhörbereitschaft- bzw. Reduktionsbereitschaft der Schweizer Wohnbevölkerung zu entnehmen. Die Fragen wurden an alle Raucherinnen und Raucher gestellt, die in ihrem Leben schon mehr als 100 Zigaretten geraucht haben.

In den ersten drei Kapiteln werden die Zielsetzungen, Inhalte, Elemente und methodischen Aspekte des Tabakmonitoring erläutert. Kapitel 4 beschreibt die den Auswertungen zugrunde liegenden Kollektive (Samples).

Kapitel 5 beinhaltet den theoretischen Hintergrund des Transtheoretischen Modells (TTM). Verschiedene Autoren betonen, dass mit Hilfe des TTM für grössere, heterogene Bevölkerungsgruppen gezielte Interventionsstrategien entwickelt werden können. Diese Möglichkeit des Zuschneidens der Programme auf die Bedürfnisse des Zielpublikums und die hohe Plausibilität des Modells machen das TTM insbesondere bei PraktikerInnen populär.

Hättich und Somaini (1998) sowie Kraft et al. (1999) nennen aber auch Kritikpunkte, die bei der Verwendung des TTM berücksichtigt werden müssen (vgl. Kap. 5.2). Im TTM wird beispielsweise das Kriterium der Regelmässigkeit (Häufigkeit) des Konsums nicht berücksichtigt. Das Modell liefert auch keine Erklärungen, wie sich Raucherinnen und Raucher, je nach Nikotinmenge und Konsumhäufigkeit, in den verschiedenen Phasen verhalten. Es stellt sich weiter die Frage, ob die Ernsthaftigkeit der Verhaltensabsicht, mit dem Rauchen aufzuhören, ausreichend differenziert erfasst wird. Die Frage, ob eine Person mit dem Rauchen aufhören möchte oder nicht, reicht vermutlich nicht aus. Schliesslich braucht es vertiefte Kenntnisse über die Gruppe der Problemignorierer (precontemplators): Viele Rauchende auf dieser Stufe sind sich der negativen Auswirkungen des Rauchens durchaus bewusst, möchten aber trotzdem nicht aufhören.

Kapitel 6 enthält eine Klassifizierung aller aktuellen und ehemaligen RaucherInnen nach dem Gesamtmodell und richtet anschliessend den Fokus auf die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören. Die erste im TTM postulierte Stufe (precontemplation) wurde allerdings um drei Stufen erweitert (vgl. S. 25f).

Kapitel 7 beschreibt auf theoretischer Ebene das Konzept ‚Harm Reduction‘ (Schadensbegrenzung). Die Reduktion des Tabakkonsums wird heute als einer von zahlreichen ‚Harm Reduction‘-Ansätzen verstanden (Hughes, 2000, S. 3). Er bedeutet, dass eine Person ihren Konsum einschränkt, indem sie ihr Rauchverhalten an einem zuvor festgelegten Plan oder einer Regel ausrichtet.

Kapitel 8 stellt die entsprechenden Ergebnisse zur Reduktionsbereitschaft der Rauchenden auf der Precontemplation-Stufe vor. Es handelt sich um einen Versuch, diese Rauchenden weiter zu differenzieren.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus den Kapiteln 6 und 8 zusammenfassend dargestellt.

## 9.1 Aufhörbereitschaft nach dem Transtheoretischen Modell

### Gesamtdarstellung

- In der Schweizer Bevölkerung raucht rund ein Drittel (32%). Knapp die Hälfte hat noch nie oder weniger als 100 Zigaretten in ihrem Leben geraucht, fast 20% sind ehemals Rauchende.

Bei der Zuordnung der Befragten zu den ursprünglichen fünf Stufen des TTM zeigt sich, dass 45% der aktuell Rauchenden keinen Rauchstopp innert sechs Monaten beabsichtigen (Precontemplation). 10% möchten mit dem Rauchen im nächsten halben Jahr aufhören (Contemplation) und 6% planen diesen Schritt in den nächsten 30 Tagen (Preparation). 3% der Personen befinden sich in der *Action*-Phase, d.h. der Rauchstopp liegt noch weniger als 6 Monate zurück. Schliesslich haben 36% mit dem Rauchen vor länger als einem halben Jahr aufgehört (Maintenance).

Betrachtet man nur die aktuellen Raucherinnen und Raucher nach ihrer Aufhörbereitschaft, zeigt sich, dass 45% entweder das Problem ignorieren oder nicht motiviert sind, mit dem Rauchen aufzuhören. Der Stufe der Ambivalenten sind 3% zuzuordnen. Weitere 26% ziehen zwar einen Rauchstopp in Betracht, aber nicht innerhalb der nächsten sechs Monate (21% Precontemplation A, 5% Precontemplation B). 74% der Rauchenden können also der Precontemplation-Stufe des ursprünglichen Modells zugeordnet werden.

17% beabsichtigen, in den nächsten sechs Monaten das Rauchen aufzugeben, und 9% möchten diesen Schritt in den nächsten 30 Tagen realisieren.

### Aufhörbereitschaft, differenziert nach Merkmalen des Rauchens

- Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der Aufhörbereitschaft und dem Raucherstatus. Tägliche RaucherInnen haben deutlich öfter die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, als nicht-tägliche RaucherInnen.
- Je mehr Zigaretten geraucht werden, desto grösser ist die Aufhörbereitschaft. Der Zeitpunkt des geplanten Rauchstopps liegt jedoch mit zunehmendem Konsum weiter entfernt.
- Personen, die in den letzten 12 Monaten versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, möchten deutlich häufiger einen erneuten Versuch in absehbarer Zeit in Angriff nehmen als Personen, die im letzten Jahr keinen Versuch unternommen haben.



### **Aufhörbereitschaft, differenziert nach soziodemographischen Variablen**

- Betrachtet man die Aufhörbereitschaft nur nach Geschlecht, zeigt sich kein nennenswerter Unterschied. In Kombination mit dem Alter lässt sich allerdings erkennen, dass Frauen zwischen 25 und 34 Jahren häufiger eine Aufhörbereitschaft in den nächsten 30 Tagen bejahen. Dies kann durch eine Schwangerschaft, das Vorhandensein von Kleinkindern oder durch den Wunsch nach Kindern erklärt werden.
- Der Raucheranteil ist bei Personen mit höherer Schulbildung kleiner als bei Personen mit tieferer Schulbildung. Personen mit höherer Schulbildung haben jedoch seltener die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören.

### **Aufhörbereitschaft, differenziert nach Gesundheit**

- RaucherInnen, die ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen, sind seltener bereit, mit dem Rauchen aufzuhören, als RaucherInnen, die sich weniger gesund fühlen.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören und dem Vorhandensein konkreter (Atemwegs-)Beschwerden. Die Aufhörbereitschaft ist beim Vorhandensein von (Atemwegs-)Beschwerden grösser.
- Personen, die auf eine gesunde Ernährung achten, scheinen eher die Absicht zu haben, mit dem Rauchen aufhören zu wollen, als Personen, die dies nicht tun. Hinsichtlich des Alkoholkonsums und der sportlichen Aktivität lässt sich kein Trend feststellen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Einführung neuer TTM-Stufen sinnvoll sein könnte. Die Personen unterscheiden sich hinsichtlich mehrerer Variablen auf den neu gebildeten Stufen. Ob sich diese Personen jedoch auch bezüglich der anderen Kernvariablen des TTM (Veränderungsstrategien, Entscheidungsbalance und Selbstwirksamkeitserwartung) statistisch bedeutsam unterscheiden, wird Gegenstand einer schriftlichen Zusatzbefragung sein.

## **9.2 Reduktion des Tabakkonsums**

### **Gesamtdarstellung**

- Insgesamt möchte ungefähr ein Viertel der Rauchenden (26%) mit dem Rauchen im nächsten halben Jahr aufhören. Die anderen Rauchenden, die entweder gar nicht mit dem Rauchen aufhören möchten oder aber einen Aufhörwunsch haben, den Rauchstopp aber nicht innerhalb von sechs Monaten realisieren wollen, wurden gefragt, ob sie allenfalls ihren Tabakkonsum reduzieren möchten.

44% geben an, ihren Tabakkonsum reduzieren zu wollen, 53% haben keinen Reduktionswunsch und 3% wissen es nicht oder gaben keine Antwort auf diese Frage. Von diesen reduktionswilligen RaucherInnen streben rund 60% eine Reduktion in den nächsten 6 Monaten an, und wiederum 32% dieser Personen möchten diesen Schritt in den nächsten 30 Tagen in die Tat umsetzen.

### **Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Merkmalen des Rauchens**

- Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Aufhörbereitschaft der Rauchenden auf den neu gebildeten Stufen und einem allgemeinen Reduktionswunsch. ProblemignoriererInnen / Unmotivierte möchten ihren Tabakkonsum weniger häufig reduzieren als Personen auf den Stufen ‚Precontemplation A‘ und ‚Precontemplation B‘.
- Tägliche RaucherInnen haben entsprechend zum Aufhörwunsch deutlich häufiger die Absicht, ihren Tabakkonsum zu reduzieren als nicht-tägliche RaucherInnen.
- Bei einem täglichen Konsum von bis zu zwanzig Zigaretten zeigt sich der Trend, dass der Reduktionswunsch mit der Anzahl gerauchter Zigaretten ansteigt.
- Ein gescheiterter Aufhörversuch in den letzten 12 Monaten scheint eine gute Voraussetzung für einen nachfolgenden Reduktionswunsch zu sein.

### **Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach soziodemographischen Variablen**

- Frauen wollen ihren Tabakkonsum deutlich häufiger reduzieren als Männer. Dies könnte durch eine aktuelle Schwangerschaft, das Vorhandensein von Kleinkindern oder durch den Wunsch nach Kindern erklärt werden.
- 14- bis 24-jährige RaucherInnen äussern häufiger den Wunsch, ihren Tabakkonsum zu reduzieren, als die übrigen RaucherInnen. Junge RaucherInnen zeigen also ein Problembewusstsein. Soll die Reduktion jedoch in absehbarer Zeit (in den nächsten 30 Tagen) geschehen, nimmt die Absicht deutlich ab.
- Mit steigender Schulbildung verringert sich – analog zur Aufhörbereitschaft – der Reduktionswunsch.

### **Allgemeiner Reduktionswunsch, differenziert nach Gesundheit**

- RaucherInnen, die an (Atemwegs-)Beschwerden leiden, zeigen stärker den Wunsch, ihren Tabakkonsum zu reduzieren, als RaucherInnen, die keine derartigen gesundheitlichen Beschwerden aufweisen.
- RaucherInnen, die ihren Tabakkonsum reduzieren wollen, achten tendenziell stärker auf gesunde Ernährung als RaucherInnen ohne Reduktionswunsch.

Bei der Analyse nach der sportlichen Aktivität zeigt sich, dass Rauchende, die regelmässig Sport treiben, ihren Tabakkonsum weniger reduzieren möchten. Dies liegt vermutlich daran, dass sportlich aktive Personen auch weniger gesundheitliche Beschwerden haben.

Hinsichtlich des Alkoholkonsums können keine statistisch gesicherten Aussagen gemacht werden.

### **Einstellungen zur Reduktion des Tabakkonsums bzw. zu ‚Harm Reduction‘**

- Knapp drei Viertel (74%) der aktuellen und ehemaligen Rauchenden sind der Ansicht, dass man nach einer Reduktion des Tabakkonsums bald wieder gleichviel rauchen wird wie zuvor. Die höchste Zustimmung erfolgt von den ehemaligen täglichen RaucherInnen.
- 56% der aktuellen und ehemaligen Rauchenden glauben nicht, dass es nach einer Reduktion des Tabakkonsums einfacher ist, mit dem Rauchen aufzuhören. Nicht-tägliche RaucherInnen, die noch nie täglich geraucht haben, sind am ehesten der Ansicht, dass eine Reduktion des Tabakkonsums einen späteren Rauchstopp einfacher macht.
- Die aktuellen und ehemaligen Rauchenden in der Schweiz sind gut über die Schädlichkeit von ‚leichten‘ Zigaretten informiert: Dennoch sind 17% der Meinung, dass mit dem Rauchen von ‚leichten‘ Zigaretten Gesundheitsschäden begrenzt werden können.

44% der RaucherInnen, welche gar nicht oder nicht innerhalb des nächsten halben Jahres beabsichtigen, mit dem Rauchen aufzuhören, möchten den Tabakkonsum reduzieren. Diese Personen sind sich der gesundheitlichen Risiken des Rauchens sehr wohl bewusst. Verschiedene Autoren betrachten ‚Harm Reduction‘ in Form von kontrolliertem Rauchen als sinnvolle Strategie, Gesundheitsrisiken zu reduzieren, ohne mit dem Rauchen ganz aufhören zu müssen. Dies besonders bei Personen, die – beispielsweise wegen zahlreicher Misserfolge – aktuell nicht mehr für einen weiteren Abstinenzversuch zu motivieren sind (Bolliger, 2000, Shields, 2002, S. 1435). Sowohl die durch eine Reduktion häufig erreichte Steigerung des Selbstwertes und der Selbsteffizienz, als auch die dadurch verminderte Nikotinabhängigkeit machen einen zukünftigen Abstinenzversuch zunehmend wahrscheinlicher (Hughes, 2000, S. 5). So kann ‚Harm Reduction‘ den ‚Einstieg in den Ausstieg‘ bedeuten.

Durch das Anbieten von Unterstützungsprogrammen für ‚Harm Reduction‘ können allenfalls mehr RaucherInnen mit Verhaltensänderungswunsch erreicht werden. Allerdings gibt es keine lineare Beziehung zwischen dem Ausmass, in dem der Zigarettenkonsum verringert wird und dem Ausmass, in dem sich das Gesundheitsrisiko reduziert. Kompensatorisches Verhalten, z.B. mehr Züge pro Zigarette oder tiefere Inhalation, lassen zuweilen die gesundheitlichen Verbesserungen geringer ausfallen als erwartet.

Kompensationseffekte sind umso wahrscheinlicher, je unreflektierter und fremdbestimmter eine Entscheidung zur Konsumreduktion zustande gekommen ist. Studien zeigen aber, dass – trotz kompensatorischen Verhaltens – die ausgeatmete Luft (bei einer Konsumverringerng von etwa 50%) ca. ein Viertel weniger Schadstoffe beinhaltet, was nach Hughes (2000, S. 6) substantiell ist. Allerdings ist die Befundlage dazu im Grossen und Ganzen noch unbefriedigend.

Zudem zeigen die Ergebnisse im Tabakmonitoring, dass die aktuellen und ehemaligen RaucherInnen wenig überzeugt sind von der Wirksamkeit, den Tabakkonsum zu reduzieren: Drei Viertel sind der Ansicht, dass man nach einer Reduktion bald wieder gleichviel rauchen wird wie vorher, und nur ein Drittel ist sich eher oder ganz sicher, dass eine Reduktion des Tabakkonsums einen späteren Rauchstopp einfacher machen wird.

## Literatur und Quellen

- Bandura, A. (1979). Lernen am Modell. In R. Verres (Hrsg. dt. Ausgabe), *Sozial-kognitive Lerntheorie* (S. 31-64). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bates, Clive (2002). Harm Reduction: an introduction to the issues. *Background paper for Harm Reduction seminar 16 May 2002* [on-line]. Available: [www.ash.org.uk/html/regulation/html/hrbrief.html](http://www.ash.org.uk/html/regulation/html/hrbrief.html), 20.1.2003.
- Bolliger, C.T. (2000). Practical experiences in smoking reduction and cessation. *Addiction*, 95 (1), 19-24.
- Bolliger, C.T., Zellweger, J.P., Danielsson, T., van Biljon, X, Robidou, A., Westin, A., Perruchoud, A.P. & Sawe, U. (2000). Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *British Medical Journal*, 321, 329-333.
- Bundesamt für Gesundheit (1996). *Massnahmepaket zur Verminderung der gesundheits-schädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums*. Bern: BAG, Facheinheit Sucht und Aids.
- Calmonte, R., Spuhler, Th. & Weiss, W. (2000). *Schweizerische Gesundheitsbefragung – Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Clayton, Richard R., Scutchfield, Douglas F. & Wyatt, Stephen W. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: a New Gold Standard in Prevention Science Requires New Transdisciplinary Thinking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92 (24), 1964-1965.
- Diener, E.-M. (2000a). Rauchentwöhnung per Computer. *Prävention und Gesundheitsförderung im Kt. Zürich*, 8, 4-6.
- Diener, E.-M. (2000b). *Entwicklung eines Expertensystems zur Raucherentwöhnung nach dem Transtheoretischen Modell*. Unveröff. Diplomarbeit, Institut für Sozial- und Präventivmedizin Basel.
- Drinkmann, Arno (2002). Kontrolliertes Rauchen: Standortbestimmung und Perspektiven. *Suchttherapie*, 3, 81-86.
- Etter, Jean-François & Sutton, Stephan (2002). Assessing 'stage of change' in current and former smokers. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs Addiction*, 97, 1171-1182.
- Etter, Jean-François, Prokhorov, Alexander V. & Perneger, Thomas V. (2002). Gender differences in the psychological determinants of cigarette smoking. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs Addiction*, 97, 733-743.

- Flay, B. R. (1993). Youth Tobacco Use: Risks, Patterns, and Control. In J. Slade & C. T. Orleans (Eds.), *Nicotine addiction: principals and management* (pp. 365-384). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, D.G., McClernon F.J. & Gilbert, B.O. (1997). The Psychology of the Smoker. In C.T. Bolliger, K.O. Fagerström, (Eds.), *The Tobacco Epidemic. Progress in Respiratory Research, Vol. 28* (pp. 64-77). Basel: Karger.
- Haddock, Keith C., O'Byrne, Kristin K, McMurphy, Stephanie E., Stein, Risa J. (2000). *The Harm Reduction Potential Of Changes In Smoking Practices*. [on-line]. Available: <http://www.srnt.org/events/abstracts99/The%20Harm%20Reduction%20Potent.htm>, 20.1.2003.
- Harm Reduction Coalition (2003). *Principles of Harm Reduction* [on-line]. Available: <http://www.harmreduction.org/prince.html>, 20.1.2003.
- Hättich, A. & Somaini, B. (1998). *Das Potential des Transtheoretischen Modells für die Förderung von Bewegung: Wissensstand und Ueberlegung zur Umsetzbarkeit*. Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Hughes, John R. (2000). Reduced smoking: an introduction and review of the evidence. *Addiction, 95* (1), 3-7.
- Keller, S. (2002). Transtheoretisches Modell. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. (S.604-608). Göttingen: Hogrefe.
- Keller, S., Kaluza, G. & Basler, H.-D. (2001). Motivierung zur Verhaltensänderung. *Psychomed, 13* (2), 101-111.
- Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, O. (1999). Das Transtheoretische Modell – Eine Uebersicht. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung* (S. 17-44). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Keller, S., Weimer-Hablitzel, B., Kaluza, G. & Basler, H.-D. (2002). Einstellung zur Raucherpolitik in Abhängigkeit von Raucherstatus. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 11* (4), 177-184.
- Krebs, H. & Demarmels, B. (1998). *Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz. Machbarkeitsstudie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Zürich.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2000). Inanspruchnahme von Hilfen zur Erlangung der Nikotin-Abstinenz. *Sucht, 46* (5), 398-407.
- Negrete Juan C. (2001). Harm reduction: quo vadis?. *Addiction, 96*, 543-545.
- Oerter, R. & Dreher, E. (1998). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada, *Entwicklungspsychologie* (S. 310-361). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Peterson, Arthur V. Jr., Kealey, Kathleen A., Mann, Sue L., Merck, Patrick M. & Sarason, Irwin G. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-Term Randomized Trial in School-Based Tobacco Use Prevention—Results on Smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92 (34), 1979-1991.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In Hersen, M., Eisler, R. & Miller, P.M. (Hrsg.), *Progress in Behavior Modification*, (Bd. 28, S. 183-218). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Prochaska, J.O., Johnson, S. & Lee, P. (1998). The Transtheoretical Model of Behavior Change. In S. Shumaker, E. Schron, J. Ockene & W. McBee (Eds.), *The Handbook of Health Behavior Change*, (pp. 59-84). New York: Springer.
- Raemy, N. & Grau, P. (2002). Studienbeschrieb Tabakmonitoring. Luzern: LINK Institut.
- Riemann, Klaus (1997). *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen: ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Shields, Peter G. (2002). Tobacco Smoking, Harm Reduction, and Biomarkers. *Journal of the National Cancer Institute*, 94 (19), 1435-1444.
- Stoker, Peter (2001). *The History of Harm Reduction*. Paper at the World Conference on Drugs. Visby, Sweden.
- Substance Abuse Network of Ontario (2003). *Centre for Addiction and Mental Health (CAMH): Harm Reduction* [on-line]. Available: <http://sano.camh.net/resource/harm.htm>, 20.1.2003.
- Vilain, Claude (1988). *The Evaluation and Monitoring of Public Action on Tobacco*. Smoke-free Europe: 3. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Vonlanthen, Ch. (1997). *Statistische Methoden der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
- West, Robert, McEwen, Andy, Bolling, Keith & Owen, Lesley (2001). Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction*, 96, 891-902.
- Westermeyer, Robert W. (2003). *Reducing Harm: a very good idea* [on-line]. Available: <http://www.habitsmart.com/harm.html>, 20.1.2003.
- WHO (1998). *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- Zellweger, J.P. (2001). Anti-Smoking therapies: is harm reduction a viable alternative to smoking cessation? *Drugs*, 61 (8), 1041-1044.

Bisher im Rahmen des Projekts ‚Tabakmonitoring‘ erstellte Ergebnisberichte (Stand April 2004)

- Keller, R., Willi, M., Krebs, H. & Hornung, R. (2004). *Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Aufhör- bzw. Reduktionsbereitschaft der Raucherinnen und Raucher in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Keller, R., Kutter, B., Krebs, H. & Hornung, R. (2003). *Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems. Bericht über den Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 und 2002: Ergebnisse aus dem Basismodul. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.
- Keller, R., Krebs, H. & Hornung, R. (2002). *Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems. Jahresbericht 2001 (kumulierte Daten der Wellen 1 bis 4 – Januar bis Dezember 2001). Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.
- Keller, R., Krebs, H. & Hornung, R. (2002). *Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems. Bericht über den Tabakkonsum der in der Schweiz wohnhaften Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.
- Krebs, H., Keller, R. & Hornung, R. (2004). *Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Gesetz und Politik: Einstellungen der Bevölkerung zur Tabakwerbung und zu Massnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Krebs, H., Keller, R. & Hornung, R. (2003). *Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems. Bericht über die ärztliche Raucherberatung in der Schweizer Bevölkerung: Minimal- und Kurzintervention aus Sicht der Rauchenden und ehemals Rauchenden. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.
- Krebs, H., Keller, R. & Hornung, R. (2002). *Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems. Bericht über das Passivrauchen in der Schweizer Bevölkerung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.