

Tabakprävention in der pädiatrischen Praxis

„Rauchen ist doch cool“ – Jugendliche und Tabak

Wolf-Rüdiger Horn

Entgegen dem allgemeinen Trend einer abnehmenden Raucherquote in der deutschen Bevölkerung (allerdings bei einem leichten Anstieg der gerauchten Zigaretten aufgrund stärkeren Rauchens beim „harten Kern“) kam es im Laufe der 90er Jahre, wie in vielen anderen Industrienationen auch, zu einem Anstieg des Raucheranteils vor allem bei jüngeren Jugendlichen. Die Gründe dafür sind nicht genau bekannt. Einiges spricht jedoch dafür, dass die vergleichsweise hohe und noch zunehmende Geldmenge, die Jugendlichen zur Verfügung steht, eine unverändert geschickte Image-Werbung sowie die Produkt-Platzierung in Filmen und Fernsehen sowie ein stärkerer Trend zum „Herumhängen in Gruppen“ eine Rolle spielen könnten. Solange Rauchen noch eine hohe soziale Akzeptanz hat und der „Stoff“ auch Tag und Nacht erhältlich ist (Deutschland hat mit über 820.000 Zigarettenautomaten eine Spitzenposition) und von der Politik her keine wesentlichen Impulse zur Änderung der Situation kommen, werden Jugendliche „Rauchen cool finden“.

Von den über 16 Millionen Rauchern in Deutschland, von denen 5,8 Millionen starke Raucher mit mehr als 20 Zigaretten täglich sind, sterben an tabakassoziierten Erkrankungen jährlich zwischen 110.000 und 140.000 (zum Vergleich Alkoholtote ca. 40.000, Tote durch illegale Drogen ca. 1.500), die in der Logik der Hersteller als Konsumenten ersetzt werden „müssen“. Der weitaus größte Teil fängt damit bis zum 18. Lebensjahr an, deshalb ist die Nikotinabhängigkeit oft als eine „pädiatrische Erkrankung“ bezeichnet worden.

Seit etwa 500 Jahren sind die aus Mittel- und Südamerika stammende Tabakpflanze und die Sitte des Rauchens ihrer getrockneten Blätter bei uns bekannt. Der Siegeszug der Zigarette als **Genußmittel** begann erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Die Wirkung des **Nikotins**, des Hauptalkaloids des Tabaks, ist unein-

heitlich; in kleinen Dosen überwiegt die Anregung, in höherer Dosierung die Dämpfung. Die jeweilige Wirkung ist aber auch abhängig von Erwartungen und jeweiliger Situation. Das inhalierte Nikotin gelangt innerhalb von 7 Sekunden ins Gehirn und setzt dort eine Reihe von **Neurotransmittern** frei (Noradrenalin, Dopamin, Endorphine u.a.). Nikotin, ein starkes pflanzliches Gift, belastet unmittelbar das Herz-Kreislauf-System und führt beim Tabakungewohnten zu heftigen vegetativen Symptomen. Das Kohlenmonoxid im Tabakrauch verdrängt Sauerstoff aus dem Blut und bewirkt eine unmittelbare Reduktion der körperlichen Leistungsfähigkeit. Regelmäßiger längerer Gebrauch führt, nicht zuletzt wegen der hohen Toxizität vieler der über 4.000 Inhaltsstoffe der Zigarette, vor allem zu zahlreichen Krebserkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall so-

wie chronischer Bronchitis und Lungenemphysem, aber auch zu vorzeitiger Hautalterung, Impotenz und Unfruchtbarkeit. Wenn in der Schwangerschaft geraucht wird, können eine Reihe von Komplikationen und Spätfolgen resultieren.

Tabak in der Schwangerschaft und die Folgen

Sorge macht der hohe Anteil rauchender junger Mädchen und Frauen. Ihnen fällt das Aufhören aus verschiedenen, vor allem neurobiologischen Gründen schwerer, und sie rauchen viel zu oft weiter, wenn sie schwanger sind (mindestens 20% aller Schwangeren rauchen, wenn auch meist reduziert). Folgen können sein:

- Fehl-, Tot- und Frühgeburten,
- Beeinträchtigung der Lungenreifung als ein Grund für gehäufte obstruktive Erkrankungen des Säuglings,

- neuronale Veränderungen im „Weckzentrum“, die zur Entstehung des Plötzlichen Säuglingstodes beitragen können,
- Verminderung von Körpergewicht, Längenwachstum und Kopfumfang.

Wie erkenne ich problematischen Tabakkonsum in der Familie, was sind die Folgen, was kann ich als Pädiater tun?

Nach **Tabakrauchexposition in der Familie** sollte gleich beim ersten Kontakt in der Praxis gefragt werden. Dokumentiert gehört, analog wie allergische Belastungen, die Frage, ob Mutter und/oder Vater rauchen und wo, sowie ein ungefährender Eindruck der Menge. In einem **vorwurfsfreien kurzen Gespräch** kann, wenn notwendig, besprochen werden, wie die Passivrauchbelastung reduziert werden kann. Hinweise dafür finden sich bei Horn (2001) und Horn (2004), ein Faltblatt mit Tipps „Kinder vor Tabakrauchen schützen“ kann unterstützend abgegeben werden (siehe Materialkasten am Schluss). **Leider ist auch vielen Gynäkologen, Pädiatern und Allgemeinärzten noch nicht das ganze Ausmaß an Folgeproblemen des Passivrauchens bewusst, so dass Beratung noch viel zu selten stattfindet.** Hier seien sie nur kurz aufgezählt: im **Säuglings- und Kleinkindalter** erleiden Kinder rauchender Eltern etwa 3-mal häufiger einen plötzlichen Säuglingstod, werden 1 $\frac{1}{2}$ -mal häufiger wegen Erkrankungen der unteren Atemwege hospitalisiert (laut WHO in Europa bis zu einem Viertel aller Erkrankungen, ca. 300.000 bis 500.000 Fälle pro Jahr) und bekommen auch ca. 1 $\frac{1}{2}$ -mal häufiger rezidivierende Mittelohrerkrankungen. Im **Schulkindalter** tritt Asthma etwa 1 $\frac{1}{2}$ -mal häufiger auf, wobei der Asthmaschweregrad deutlich mit der Konzentration von Kotinin (dem Nikotinabbauprodukt) im Blut korreliert. Außerdem kommt es oft zu verminderter Lungenfunktion und zu häufigeren Kopf-

schmerzen. Das Risiko für spätere Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen ist deutlich höher. Wegen des noch wenig rezipierten Ausmaßes der Passivrauchfolgen empfiehlt es sich für jeden Kinder- und Jugendarzt, die folgende ausgezeichnete **Informationsquelle** zu nutzen: Deutsches Krebsforschungszentrum (2003) „Passivrauchende Kinder in Deutschland – Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben“. Ergänzende Informationen, besonders zu Folgen für Fortpflanzung und Schwangerschaft, bietet eine neue ausführliche Broschüre der British Medical Association (Materialkasten).

Starker, die Kinder belastender Tabakkonsum ist sehr oft in **sozial benachteiligten und weniger gebildeten Familien** anzutreffen und nicht selten vergesellschaftet mit problematischem Alkohol- oder Medikamentenkonsum, mit psychischen Störungen (z.B. Depressionen), mit **psychosozialen Belastungen** aller Art. Diese Faktoren gilt es zu berücksichtigen, wenn über zu hohen Suchtmittelkonsum gesprochen wird. Zuhören, Verstehen und gemeinsames Überlegen, wie Abhilfe geschaffen werden kann, sind sinnvoller als Beweisführung und Forderungen nach Veränderung, was wegen Rückzug und Abwehr eher kontraproduktiv im Hinblick auf die kindliche Gesundheit sein kann.

Der erste Kontakt des Kindes mit der Volksdroge Tabak

Ähnlich wie beim Alkohol besitzen auch Kinder im Grundschulalter, oft schon früher, ein **kognitives Schema zum Tabak (Tabakkonzept)**, zu Mustern des Tabakkonsums und den damit verbundenen **sozialen Normen**. Untersuchungen zeigen, dass ab 5 bis 6 Jahren Zigarettenmarken gemerkt und zugeordnet werden können, in **Rollenspielen** wird das Rauchen der Erwachsenen imitiert, was von Erwachsenen, nicht ganz unbedenklich, bisweilen durch Abgabe von Schokola-

denzigaretten verstärkt wird. Allerdings wird eigener Konsum noch vehement für unmöglich gehalten, wie beim Alkohol überwiegen bis etwa 10 bis 11 Jahren Ablehnung und oft auch Ekel. Selten wird, besonders von eher waghalsigen Jungen, schon mal probiert. Im Alter von 11 Jahren rauchen aber immerhin schon 1% der Jungen und 0,1% der Mädchen täglich.

Einstellungen zum Rauchen werden bei Kindern vor allem vom **Vorbild der Eltern** geprägt. **Wenn beide Eltern rauchen, werden ihre Kinder später dreibis viermal häufiger selber rauchen.** Das tägliche Erleben, welche Funktionen das Rauchen für die Eltern hat, z.B. bei Stress und nach dem Essen, prägt die eigene Einstellung mehr als Worte. Von ärztlicher Seite sollte Eltern möglichst im Säuglings- und Kleinkindalter eine kurze Beratung im Hinblick auf ihren Tabakkonsum angeboten werden: „Sie wollen nicht, dass Ihre Kinder auch Raucher werden. Wie oft haben Sie schon versucht, selbst aufzuhören? Was könnte Ihnen helfen, noch einmal einen Anlauf zu machen? Für sich selbst und für Ihr Kind.“ Inzwischen steht genug Material zur Verfügung, das unterstützend abgegeben werden kann (siehe Materialkasten), auch die Telefonnummer eines Rauchertelefons kann hilfreich sein. Und warum nicht auch „Just be smokefree“: „Sie sind doch junge Erwachsene.“

Tabak und Jugendliche

Die frühe Jugend

Bei der **Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)** wird das Rauchen ebenfalls thematisiert. Unabdingbar ist die vorherige Zusage der **Vertraulichkeit** gegenüber dem Jugendlichen; auf keinen Fall sollten Eltern im Behandlungszimmer sein, wenn über **Befindlichkeiten** in der Schule, im Elternhaus, in der Freizeit gesprochen wird. Man kann z.B. fragen, ob jemand in der Klasse raucht: „Und du?“ Für

den Fall, dass schon häufiger geraucht wurde, bitte weiter unten weiterlesen. Am häufigsten kommt bei 12-Jährigen eine verneinende Antwort. Hier kann man einhaken: „Wie hast du das geschafft, wo so viel um dich herum schon angefangen haben?“ Im weiteren Verlauf sollte unbedingt das **Nichtraucherverhalten verstärkt** und als normal und gut herausgestellt werden. „Und wie sieht es in zwei Jahren aus?“ Bei zuversichtlicher Haltung, rauchfrei zu bleiben, kann das ein Handschlag bekräftigen: „Topp!“ Bei zögerlicher Einstellung sollte nach Schwierigkeiten und Hinderungsgründen gefragt werden und nach eigenen Möglichkeiten der Problemlösung. Denkbar sind nach britischem Modell auch anerkennende Urkunden (entsprechende Dateien werden in Kürze beim BVKJ-Büro in Köln abrufbar sein). Ähnlich kann auch bei **nur seltenem Probierverhalten** verfahren werden.

Häufige Fragen

Warum wird Tabak geraucht?

Schon 1969 schrieb ein leitender Mitarbeiter des Zigarettenherstellers Philip Morris die bezeichnenden Sätze: *„Für jemanden, der mit dem Rauchen beginnt, hat die Zigarette eine symbolische Bedeutung: Ich bin nicht mehr das kleine Kind meiner Mutter, ich bin stark, ich bin abenteuerlustig, ich bin nicht spießig... Lässt die Kraft der psychologischen Symbolik nach, nimmt die pharmakologische Wirkung überhand und Rauchen wird zur Gewohnheit.“*

Für das Rauchen bei Jugendlichen sind eine ganze Reihe verschiedener Faktoren verantwortlich. **Motive zur Rauchinitiation** finden sich

- **in der eigenen Person:** in Form von Neugier (verstärkt bei der Neigung zum „sensation seeking“), in der Suche nach einer eigenen Identität, als Ausdruck von Aufsässigkeit, als eine Art Selbstmedikation bei Stress (z.B. Schulschwierigkeiten), bei Depressionen oder Ängsten, beim Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, zur Gewichtsregulierung (hauptsächlich bei Mädchen);

● **in der Familie:** sowohl als genetische Anlage, aber auch infolge von sozialem Lernen, wegen eines leichteren Zugangs (auch bei älteren Geschwistern), im Erziehungsstil und damit im Ausmaß elterlicher Überwachung (am häufigsten bei zu autoritärem und beim „Laissez-Faire“-Stil);

- **in der Gruppe:** um „dazu zu gehören“, aus Langeweile, Imitation (Coolsein), als Attribut einer bestimmten Subkultur, auch Formen von Gruppendruck möglich;

- **in der Gesellschaft:** die noch sehr weitgehende Akzeptanz des Rauchens, die besonders durch Imagewerbung und Produktplatzierung in den Medien noch gesteigerte Attraktivität, die zeitlich und örtlich praktisch unbegrenzte Verfügbarkeit, die trotz der enormen Risiken nur minimale Regulierung durch Behörden, die deutliche bildungs- und einkommensabhängige Langzeitnachfrage nach Tabakprodukten.

Jugendliche, die nur wenig rauchten (maximal 5 Zigaretten pro Tag), gaben auf die Frage: „Aus welchen Gründen rauchen Sie selber vor allem?“ in einer schweizerischen Befragung 1999 folgende Antworten (die Prozentzahl in Klammern bezeichnet die Häufigkeit der Spontanantworten bei Jugendlichen, die mehr als 5 Zigaretten täglich rauchten):

- „Aus Genuss/Lust, mag den Geschmack“ 34% (45%)
- „Weil FreundInnen rauchen“ 36% (13%)
- „Aus Gewohnheit“ 10% (30%)
- „Wegen Stress/Problemen/Frust“ 14% (23%)
- „Zur Beruhigung/Entspannung“ 6% (29%)
- „Aus Abhängigkeit/Sucht; kann nicht aufhören“ 3% (23%)
- „Aus Langeweile/Unsicherheit“ 7% (14%)
- „Weil Rauchen cool ist“ 12% (5%)

Das heißt, am häufigsten wird bei allen Rauchern der **hedonistische Aspekt** betont. Bei den „Wenigrauchern“ überwiegen noch die sozialen Gründe, bei den „Mehrrauchern“ (Zahlen in Klammern) stehen Bekämpfung von Stress und Langeweile und der Wunsch nach Entspannung im Vordergrund. Letztere berichten aber auch sehr oft über gewohnheits- und suchtmäßiges Rauchen.

Wie häufig wird geraucht?

Nach Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2001) rauchen 38% der 12- bis 25-Jährigen. Von den befragten Jugendlichen sind

- im Alter von 12 bis 13 Jahren: 2% ständige und 8% Gelegenheitsraucher,
- im Alter von 14 bis 15 Jahren: 10% ständige und 19% Gelegenheitsraucher,
- im Alter von 16 bis 17 Jahren: 24% ständige und 20% Gelegenheitsraucher,
- im Alter von 18 bis 19 Jahren: 29% ständige und 17% Gelegenheitsraucher.

Das durchschnittliche Alter beim Konsum der ersten Zigarette beträgt 2001 bei den Jungen 13,6 Jahre, bei den Mädchen 13,7 Jahre. Vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz (2001) veröffentlichte Zahlen sprechen davon, dass:

- fast zwei Drittel der Raucher vor dem 16. Lebensjahr mit dem Rauchen anfangen (1995 noch 55%);
- Schüler bzw. Hochschul-sel-tener (25 bzw. 34%) rauchen als junge Menschen in Berufsausbildung (47%);
- Jugendliche mit Hauptschulabschluss mehr (54%) rauchen als diejenigen mit mittlerer Reife oder Abitur (32%).

Schließlich hat sich die Raucherquote der 12- bis 15-jährigen Jungen von 1989 bis 2001 von 9 auf

18% und bei den Mädchen von 10 auf 21% verdoppelt (BZgA 2002).

Warum ist jugendliches Rauchen so besorgnis-erregend?

Ungefähr 80% aller Raucher fangen bis zum Alter von 18 Jahren mit dem Rauchen an. Die bekanntesten Gesundheitsprobleme treten jedoch erst einige Jahrzehnte später auf, Grund für die meisten jugendlichen Raucher, sich noch „unverletzbar“ zu fühlen: „Das juckt mich nicht.“ Deshalb ist es auch sehr schwierig, verlässliche Aussagen über die Wirkung von **Furchtappellen** zu machen, die gegenwärtig in der Tabakprävention wieder stärker eingesetzt werden. Am ehesten lassen sich noch sportlich Aktive von dem Argument beeindrucken, dass die vielen Schadstoffe im Tabakrauch auch das reifende Lungensystem nachhaltig schädigen kann.

Eine Reihe von Studien belegen, dass ein früher Rauchbeginn zu längerem und intensiverem Rauchen führt. Auf Grund der Unreife der neuronalen Transmittersysteme tritt die Entwicklung von Abhängigkeit bei Jugendlichen schneller ein. Beinahe ein Viertel aller 12- bis 13-jährigen Rauchanfänger hatten einer amerikanischen Studie zufolge nach **vier Wochen erste Entzugssymptome**, obwohl sie zum Teil nicht einmal täglich rauchten. Es werden drei wahrscheinlich genetisch geprägte Reaktionsformen postuliert: ein schnelles Einsetzen von körperlicher Abhängigkeit, ein langsamerer Beginn und eine resistente Form.

Nikotin hat ein den Drogen Kokain und Heroin vergleichbares **Abhängigkeitspotenzial** (Ungefähr ein Drittel aller Konsumenten von Zigaretten wird nikotinabhängig!). Jugendliche, die rauchen, greifen eher zu **anderen Drogen**. Alkohol und Tabak werden ohnehin oft gemeinsam konsumiert und werden in der Literatur häufig als „**Einstiegsdrogen**“ betrachtet. Nur sehr selten wer-

den Haschisch und andere illegale Drogen genommen, wenn Alltagsdrogen nicht schon regelmäßig eingesetzt werden.

Das starke pflanzliche Gift Nikotin bewirkt verschiedene, im **reifen ZNS** beschleunigt ablaufende und teilweise nur schwer reversible Prozesse im Neurotransmitter-Haushalt. Besonders die Veränderungen im serotonergen System können offensichtlich **depressive Störungen** bewirken, es können aber auch **Angstsyndrome** durch Rauchen verstärkt werden.

Mädchen, die biologisch früher reifen, zeigen eine größere Risikobereitschaft und rauchen oft früher. Zigaretten werden häufig zur Gewichtsregulation eingesetzt. Rauchen vergrößert das Thromboserisiko bei gleichzeitiger Kontrazeption mit östrogenhaltigen Präparaten. Ein großes Problem ist auch die drohende Schädigung des Ungeborenen bei späteren Schwangerschaften.

Das Rauchen bei chronischen Krankheiten wie Diabetes und Asthma verstärkt die ohnehin vorhandenen gesundheitlichen Risiken. Neuere Untersuchungen erbrachten das erschreckende Ergebnis, dass **jugendliche Asthmatiker** mehr und stärker rauchen als Nicht-Asthmatiker, wahrscheinlich um in der Gruppe eher anerkannt zu werden, vielleicht aber auch, weil sie schon familiär vorbelastet sind.

Warum hören die Jugendlichen nicht einfach wieder mit dem Rauchen auf?

Die lange Jahre von der Tabakindustrie verheimlichte Tatsache der **Nikotinabhängigkeit** ist schon im Jugendalter der **limitierende Faktor für einen Ausstieg**, obwohl zwei Drittel der 18-jährigen Raucher bedauern, mit dem Rauchen angefangen zu haben. Ungefähr die Hälfte hat schon erfolglose Aufhörversuche hinter sich und etwa 60% der Gelegenheitsraucher meinen, in 5 Jahren wahrscheinlich oder sicher nicht zu rauchen. Leider betragen die Erfolgsraten bei selbst initiierten

Aufhörbemühungen nur etwa 2 bis 3% pro Jahr, wobei Mädchen größere Schwierigkeiten mit dem Rauchstopp haben. Bei Erwachsenen wirksame Interventionsansätze wie die Nikotinersatztherapie z.B. mit Nikotinpflastern sind im Jugendalter nach den bisherigen Studien eher nutzlos. Dabei besteht **dringender Handlungsbedarf**: In einer kleinen schweizerischen Studie wurden zwei Gruppen von 16- und 17-jährigen Rauchern, von denen mehr als die Hälfte ganz aufhören wollte, drei Jahre später nachuntersucht. Von den täglichen Rauchern waren 83% tägliche Raucher geblieben, 10% rauchten gelegentlich, nur 6% waren Nichtraucher geworden. Unter den Gelegenheitsrauchern waren nach drei Jahren 33% tägliche Raucher, 30% weiterhin Gelegenheitsraucher und 37% Nichtraucher.

Was kann man tun, um das Rauchen bei Jugendlichen zu reduzieren?

Angesichts der gesundheitlichen Folgen des Rauchen gehört diese Frage zu den dringlichsten überhaupt im Bereich der Öffentlichen Gesundheit. Ebenso wie beim zunehmenden Rauschtrinken bei Jugendlichen und bei der stetigen Zunahme der jugendlichen Adipositas werden unterschiedliche Strategien zum Erreichen der gewünschten Gesundheitsziele vorgeschlagen und müssen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden. Hier sei nur kurz angerissen: ist der **Verhältnisprävention** (Beeinflussung der Umgebungsbedingungen) der Vorrang gegenüber der **Verhaltensprävention** (Beeinflussung des individuellen Verhaltens) zu geben? Inwieweit soll die gesamte Population (z.B. in den Schulen) einbezogen werden oder der Schwerpunkt eher auf Risikopopulationen gesetzt werden? Sollte überwiegend das **Verhalten der Erwachsenen** beeinflusst werden, was sich im günstigen Fall positiv auf Kinder und Jugendliche auswirkt, oder sollten „**Kinder stark gemacht**“ werden?

Umgang mit rauchenden Jugendlichen in der Pädiatrie (Klinik, Praxis, ÖGD) (= Sekundärprävention)

Kinder- und Jugendärzte sollten sich in erster Linie ein genaues Bild vom Jugendlichen und seinem Lebenskontext machen. Dazu gehören folgende Bausteine:

- Zusicherung von Vertraulichkeit und gegebenenfalls Unterstützung;
- eine ausführliche Erfassung des körperlichen, mentalen und psychischen Status: Krankheiten, Stress, psychosomatische Störungen, Körperbild/Gewicht, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, Depression, Ängste;
- Befragung zum Lebenskontext: Schule/Beruf, Familie, Gleichaltrige, Freizeit, Konsum.

● Erst danach ist die Frage nach dem Konsum von Tabak sowie anderen Drogen oder von psychoaktive Medikamenten, nach Häufigkeit, Situationen, Konsummustern, Funktionalität und eventuellen Folgen sinnvoll.

Je nach Konsummuster sind dann das Rauchen betreffend folgende Vorgehensweisen möglich:

- Bei **gelegentlichem Nikotinkonsum** wird ein offenes, nicht-moralisierendes, Autonomie und Selbstwirksamkeit förderndes Gespräch empfohlen. Eventuell kann die Abgabe von Broschüren, Internet-Adressen oder ein Kontaktangebot nützlich sein. Es sollte nicht zu einem Rauchstopp gedrängt werden, oft ist Reduktion als Zwischenschritt sinnvoll.
- Bei **regelmäßigem Konsum** sind motivierende Beratungen sinnvoll, die sich an der bestehenden Veränderungsbereitschaft ausrichten. Je mehr konsumiert wird, desto schwieriger ist die Reduktion als Zwischenstufe. Hier kann eine Art Kosten-Nutzen-Analyse hilfreich sein (Tab.)

Anhand dieses Schemas, das ein Gespräch mit **aktivem Zuhören**

Entscheidungswaage bzw. Kosten-Nutzen-Rechnung

Fortsetzen des bisherigen Rauchens

Vorteile:

„Was bringt dir das Rauchen?“
(„Zigaretten helfen mir, mich zu entspannen. Es ist ein gutes Gefühl, in der Clique zusammen zu rauchen.“)

Nachteile:

„Machst du dir schon mal Gedanken darüber, wie der Tabak dein Leben beeinflusst?“
(„Die Eltern maulen. Meine Puste wird wirklich oft richtig knapp. Ich gebe zuviel Geld dafür aus.“)

Verändern des Rauchens

Vorteile:

„Könntest du dir vorstellen, wie sich dein Leben verändern würde, wenn du das Rauchen reduzieren oder stoppen könntest?“
(„Ich käme mit den Eltern und auch mit meiner Luft besser klar. Und ich hätte weniger finanzielle Sorgen.“)

Nachteile:

„Wie wäre dein Leben, wenn du für eine Weile oder sogar ganz aufhören könntest?“
(„Was soll ich meinen Freunden sagen? Ich habe dann ja gar keinen Genuss und keine Entspannung mehr.“)

und vielen **offenen Fragen** zusammenfasst, ergeben sich für rauchende Jugendliche eventuell Gelegenheiten zu weiterem Nachdenken und zum Ausprobieren von Alternativen.

„Entwöhnung sinnlos“ gibt's nicht! Just be smokefree!

Ab April 2003 ist das vom **Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord)** in Kiel in Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. in Köln entwickelte **Tabakentwöhnungsprogramm für Jugendliche ab ca. 14 Jahren und junge Erwachsene „Just be smokefree“** auf dem „Markt“. Sponsoren sind die Europäische Kommission, die DAK und die Deutsche Krebshilfe.

- Grundidee des Programms ist die Berücksichtigung unterschiedlicher Stadien von Veränderungsbereitschaft:
 - Unentschlossene sollen motiviert werden;
 - eine Reduktion des Konsums kann mögliches Zwischenziel sein;
 - Aufhörwillige erhalten Unterstützung bei der „Selbsthilfe“.

● Programmbestandteile sind: Info-Flyer, Anmeldeblatt, Selbsttest für Unentschlossene, Aufhörmanual, Unterstützung durch Paten, Telefon-Helpline, vierteljährliche Auslosungen (Quit-and-win), Webseite (www.justbesmokefree.de), Module zur Rückfallvorbeugung und Poster.

● Angeboten wird das Programm in Kinder- und Jugendarztpraxen (auch an junge Eltern), in Jugendsprechstunden der Gesundheitsämter, in Schulen, über das Internet, über Artikel in Schülerzeitungen, in DAK-Geschäftsstellen.

● Die Evaluation der 1.265 aufhörwilligen Teilnehmer im Zeitraum April 2002 bis März 2003 erbrachte eine konservativ geschätzte **Erfolgsrate von 14,9%** (d.h. diejenigen Teilnehmer, die keine Rückmeldung gaben, wurden als Raucher gerechnet) bei einer durchschnittlichen Abstinenzdauer von 4,8 Monaten. Zum Vergleich: die Spontanremission liegt bei 2–4% jährlich.

● Trotz der bisher recht guten Akzeptanz wurde im Mai 2003 eine neue, verbesserte Version herausgebracht. Als zusätzlicher Kooperationspartner konnte die Bundesärztekammer gewonnen

werden. In mehreren Bundesländern ist „Just be smokefree“ mittlerweile integraler Bestandteil von Tabakpräventionspaketen.

Was können Kinder- und Jugendärzte sonst noch tun?

● Kinder- und Jugendärzte können **Eltern** Hilfen anbieten (cave Schweigepflicht!): über Erziehungsstile, Monitoring und Abmachungen, evtl. auch Verträge (z.B. „halber Führerschein“ bei Rauchfreiheit) sprechen, außerdem Dialoge, rauchfreie Wohnung und Reflektion eigenen Konsumverhaltens anregen. Ein guter Leitfaden dafür aus der Schweiz ist über das Internet beziehbar.

● Kinder- und Jugendärzte können Teil eines **lokalen Netzwerkes** werden: Schulen (Rauchpolitik, Gesundheitsförderung z.B. „Klasse 2000“, Infos unter www.klasse2000.de), Beratungsstellen, andere Ärzte (Gynäkologen, Pulmologen, Allgemeinärzte), Hebammen, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

● Kinder- und Jugendärzte sollten sich in der **Gesundheitspolitik** engagieren: sinnvoll und einzufordern sind Werbeverbote, Antiwerbung, spürbare Preiserhöhungen, tabakindustrieunabhängige Prävention, Zugangserleichterung (Abschaffung von Automaten), Nichtrauchererschutz in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz (DKFZ 2002).

Ausblick

Der Weg zur deutlichen Reduktion tabakbedingter Gesundheitsschäden ist lang und mühselig. Es gilt eine Reihe von Hindernissen und Erschwernissen zu erkennen und anzupacken:

● Was die Jugendlichen betrifft: Besonders gefährdete Jugendliche gehören eher nicht zur Klientel von Arztpraxen. Andere können aber eventuell bei sporadischen Besuchen mit Alltagsproblemen immer mal wieder angesprochen werden. Wichtig ist es, keine unerwünschten Ratschläge zu geben und nicht zu „predigen“. Jugendliches Konsumverhalten ist oft noch nicht fixiert, sonder

eher fluktuierend. Zufälle spielen oft eine große Rolle (z.B. eine „neue Freundin“).

● Ärzte sind überwiegend in Gesprächsführung mit Jugendlichen und auch in Tabakthemen unzureichend fortgebildet und scheuen sich „Lifestyle“-Fragen anzugehen. Fehlende Honorierung und Zeitmangel sind leider oft zusätzliche Barrieren.

● Leider gibt es auch noch zu wenig Evidenz hinsichtlich der Wirk-

samkeit von tabakpräventiven Interventionen in Arztpraxen. Gerade in Deutschland ist im Bereich der Jugendmedizin der Forschungsbedarf noch sehr groß.

● Da Deutschland mit seiner im internationalen Vergleich sehr hohen Raucherquote auch hinsichtlich seiner Tabakkontrollpolitik weit zurückliegt, können nur vereinte Anstrengungen vieler gesellschaftlicher Bereiche Änderungen bewirken.

Hilfreiche Materialien, Telefonnummern, Webseiten

● für Eltern, Ärzte, Erzieher, Lehrer

- Broschüre „Rauchen: mit Jugendlichen darüber reden: Leitfaden für Eltern“ Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme“, Lausanne, 8 Seiten, herunterladen unter www.sfa-isp.ch/Librairie/allemand/pdf_eltern/Rauchen_eltern.pdf
- Broschüre „Tabak: Basisinformationen“ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm (www.dhs.de)
- Buch „Kinder vor dem Rauchen schützen“ Herbert Beckmann & Susanne Mechnich, Fischer Taschenbuch
- Faltblatt „Kinder vor Tabakrauch schützen“ Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Bonn, Tel. 0228/9872718, Fax 0228/6420024, herunterladen unter www.who-tag.de/2003/Themen/passivrauchenflyerok.pdf
- Materialmappe „Just be smokefree. Das Programm zur Raucherentwöhnung für Jugendliche und junge Erwachsene“ IFT-Nord, Düsternbrooker Weg 2, 24105 Kiel, Tel. 0431 - 5702960, Fax 0431 - 5702929, E-Mail just.be@ift-nord.de
- Broschüre „Aufatmen: erfolgreich zum Nichtraucher“ Deutsche Krebshilfe e.V., Bonn, Tel. 0228 - 729900, Fax 0228 - 7299011, E-Mail deutsche@krebshilfe.de
- Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums: 06221 - 42 42 00
- Rauchertelefon der BZgA: 01805 - 31 31 31

● für Kinder

- Buch „Wir sprechen übers Rauchen“ von Karen Bryant-Mole, Schneider-Buch 1996, leider nur noch antiquarisch (z.B. über www.amazon.de)

● für Jugendliche

- Webseite www.loq.de
- Webseite www.justbesmokefree.de
- Webseite www.feel-free.info/de

● zusätzlich

- Band „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001“ BZgA
- Broschüre „Aktionsplan Tabak 2003“ DHS, herunterladen unter www.dhs.de/pdf/Aktionsplan_Tabak_2003.pdf
- Buch „Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health“ British Medical Association, herunterladen unter [www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/SmokingReproductiveLife/\\$file/Smoking.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/SmokingReproductiveLife/$file/Smoking.pdf)
- Buch „Ärzte und Tabak: Die große medizinische Herausforderung“ von David Simpson, herunterladen unter www.tobacco-control.org/ über „resources“, dann „publications“, deutsch
- Buch „Kippen. Leben ohne Zigaretten“ von Achim Wüsthof und Verena Böning, Urban & Fischer, für viele Präventionsfachleute zu ästhetisierend
- Materialmappe „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule. Ein Leitfaden für Pädagogen zum Umgang mit dem Rauchen“ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (www.bzga.de), enthält viele nützliche Hinweise und Materialien, wird leider indirekt von der Tabakindustrie finanziert und erscheint an einigen Stellen einseitig
- Webseite www.rauchfrei.info im Rahmen der indirekt von der Tabakindustrie bezahlten Rauchfrei-Jugendkampagne der BZgA (stellenweise einseitig)

Literatur

- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz (2001) Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2000. München (erhältlich bei der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern, München, Tel. 089/5440730)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002) Jugendliche Raucher: Veränderungen des Rauchverhaltens und Ansätze für die Prävention. Köln: BZgA (herunterzuladen unter www.bzga.de/studien)
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2003) Passivrauchende Kinder in Deutschland – Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum (herunterzuladen unter www.rauchfrei2004.de)
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2002) Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum (herunterzuladen unter www.rauchfrei2004.de)
- Horn, W.-R. (2004) Tabakrauch und Kinder – Körperverletzung? Kindesmisshandlung? Vernachlässigung? Strategien zur Reduktion der Passivrauchexposition von Kindern. Pädiat. Prax. 64; 275-281
- Horn, W.-R. (2001) Rauchen bringt's!? Beratungsleitfaden zur Tabakprävention in Kinder- und Jugendarztpraxen. Kinder- und Jugendarzt 32; Suppl. Heft 10, 3-15
- Dr. med. Wolf-Rüdiger Horn
Igelbachstr. 7
76593 Gernsbach

Red.: Christen