

# Kontrolliertes Rauchen: Standortbestimmung und Perspektiven

Arno Drinkmann

*Controlled Smoking: What We Know and What We Need*

Schwerpunktthema

81

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

## Zusammenfassung

Eine Bestandsaufnahme von Arbeiten zum kontrollierten Rauchen (kR) wird vorgestellt. Sie ergibt die Notwendigkeit einer konzeptuellen Präzisierung und im Zuge dessen die notwendige Abgrenzung von einer ausschließlich abstinenzorientierten Konsumreduktion. Selbstkontrolle sollte als definierendes Merkmal für kR gesehen werden, Zieloffenheit und Reduktionsorientierung lediglich als charakteristische Merkmale. Es folgt eine Auflistung zentraler Interventionsmethoden des Selbstmanagement-Ansatzes. Die anschließende Übersicht über Pro- und Kontra-Argumente, deren empirische Befundbasis und Wirksamkeitsnachweise zum kR könnten Ausgangspunkt für optimierte Programmentwicklungen sein.

## Schlüsselwörter

Rauchen · Therapie von Nikotinabhängigkeit · Raucherentwöhnung · kontrollierter Konsum

## Abstract

An inspection of studies on controlled smoking leads to the conclusion that the concept needs some precision (and should be seen as different from just abstinence oriented reductions in consumption). Cognitive and behavioural self-control should be seen as defining the concept, openness to different treatment goals and reduction orientation are just typical features. An update of the 'hopes and fears' [34] concerning controlled smoking is given. Their empirical basis as well as studies on the effectiveness of controlled smoking programs are examined. Reviewing self-management intervention methods should be the starting-point for optimising future program revisions and new developments.

## Key words

Smoking · Therapy of Tobacco Addiction · Controlled Smoking · Smoking Reduction

## Einleitung

In Anbetracht der Verbreitung des Rauchens und der von ihm ausgehenden Gefahren für die Gesundheit kann durchaus von einer „Tabakseuche“ [1] gesprochen werden. Mehr als ein Drittel der erwachsenen deutschen Bevölkerung raucht und allein für Deutschland geht man von jährlich über 100 000 nikotinbedingten Todesfällen aus. Manche Institutionen des Gesundheitssystems, wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) oder die Krankenkassen, bekämpfen die Sucht mit enormen professionellen Anstrengungen. Maßnahmen zur Raucherentwöhnung sind vielfältig vorhanden und überwiegend leicht erreichbar. Sie leiden jedoch unter einem unbefriedigenden Wirkungsgrad: Zu

wenige Raucher lassen sich zu einem Einstieg in den Ausstieg motivieren und diejenigen, die den Ausstieg – mit oder ohne Hilfe – beginnen, werden überwiegend rückfällig: nach einem Jahr mit professioneller Hilfe 70–90% und ohne Hilfe 97–99% [2]. Auf diesem Hintergrund sind Optimierungen und ergänzende, alternative Konzepte gefragt. Im Folgenden soll deshalb der Frage nachgegangen werden, ob das Potenzial des in den 70er Jahren in die Diskussion eingeführten Konzepts des „kontrollierten Rauchens“ (kR) in genügendem Maße ausgeschöpft wurde. Schließlich ist zu klären, ob eine Ergänzung des Abstinenzparadigmas durch kontrollorientierte Strategien angezeigt ist, um mehr potenziell motivierbare Raucher zu erreichen sowie bei ihnen ausgeprägtere und stabilere Gewinne an Gesundheit zu erzielen.

## Institutsangaben

Evangelische Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Arno Drinkmann · Evangelische Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen · Bärenschanzstraße 4 · 90429 Nürnberg · E-mail: arno.drinkmann@evfh-nuernberg.de

## Bibliografie

Suchttherapie 2002; 3: 81–86 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

In Deutschland rauchen aktuell ca. 16,7 Mio. Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren. 8,2% (3,9 Mio.) der Befragten sind gemäß DSM-IV nikotinabhängig (12-Monats-Prävalenz); das sind 22% der Raucher [3]. Auffälligste Veränderung der letzten Jahre ist der Wiederanstieg der Raucherquote bei Frauen seit 1995, nachdem der Konsum zuvor deutlich zurückgegangen war.

Raucher sterben im Schnitt 8 Jahre früher als Nichtraucher. In Deutschland gehen pro Jahr schätzungsweise 90 000 bis 140 000 Todesfälle auf tabakbedingte Erkrankungen zurück. Für eine breite Palette von Erkrankungen und Todesursachen ist ein Zusammenhang mit Rauchen zweifelsfrei festgestellt [4–7]. Die krankheitsbedingten Kosten des Rauchens addieren sich jährlich auf geschätzte 17,3 Mrd. € [8].

Junge und Nagel [9] berichten, dass in Deutschland 35% der rauchenden Männer und 33% der rauchenden Frauen in den letzten 12 Monaten mindestens einmal versucht haben aufzuhören. Auf der Basis des transtheoretischen Stufenmodells von Prochaska & DiClemente [10] beurteilten Kraus und Augustin [3] die Änderungsbereitschaft der von ihnen befragten Raucher und kommen zu dem Ergebnis, dass 36,8% von ihnen aktuell mit dem Gedanken spielen, mit dem Rauchen aufzuhören (Stadium der Absichtsbildung), und weitere 2,1% darüber hinaus die Absicht haben, dies in den nächsten 30 Tagen umzusetzen (Stadium der Vorbereitung). Leider sind alle diese Berichte beschränkt auf die Erlangung von *Abstinenz* als Ziel. Über den Wunsch zu reduzieren oder über Kontrollversuche wird nichts mitgeteilt. Dass 71,8% aller aktuellen Raucher schon mindestens einen ernsthaften *Abstinenz- oder Reduktionsversuch* unternommen haben, berichten Meyer et al. [11], differenzieren aber auch nicht zwischen beiden Zielen. Für eine epidemiologische Beurteilung der Verbreitung von Erfahrungen mit kontrolliertem Nikotinkonsum (wer hat wie oft Kontrollversuche unternommen und welche Strategien und Hilfsmittel wurden dabei mit welchem Erfolg eingesetzt?) fehlt die Datenbasis. Auch die Verbreitung von Wünschen nach reduziertem oder kontrolliertem Konsum – bis hin zur Frage, wie viele und welche Raucher sich durch entsprechende Hilfsangebote zum Handeln motivieren ließen – ist derzeit mangels Daten nicht angemessen zu beurteilen.

### Abstinenzorientierte Interventionen

Die vorliegenden Maßnahmen zur Bekämpfung der Tabakabhängigkeit lassen sich zunächst grob in umweltbezogene (massenmediale oder restriktive, wie z. B. Aufklärungskampagnen oder Rauchverbote) sowie personenbezogene (medikamentöse oder interaktionelle) unterteilen. Für Letztere liegen abstinenzorientierte Raucherentwöhnungshilfen in großer Zahl und Vielfalt vor [2, 5, 6, 12]. Insbesondere medikamentöse Hilfen sind oft gut evaluiert. Nikotinersatzpräparate (Pflaster, Kaugummis, Nasensprays und Inhalatoren) sowie einige Antidepressiva (v. a. Bupropion) werden auf der Basis einer breit nachgewiesenen Wirksamkeit in medizinischen Therapieleitlinien empfohlen, meistens auch in Kombination mit psychologischen Maßnahmen [13–15]. Es gibt eine breite Palette von Selbsthilfemaßnahmen in Form von Broschüren, Büchern, Videos etc. (zum Überblick vgl. [16, 17]). Auch der schlichte ärztliche Ratschlag bzw.

die Kurzintervention zählen zu den gut bewährten Interventionen [18]. Die Palette psychologischer Interventionsbausteine und -programme ist vornehmlich kognitiv-verhaltenstherapeutischer Provenienz [12]. Beginnend mit Arbeiten auf der Grundlage des Konditionierungsparadigmas, darunter eine große Gruppe zum aversiven Rauchen, zeichnen sie den Weg der Kognitivierung der Verhaltenstherapie nach bis hin zu aktuellen Arbeiten aus dem Selbstmanagement-Ansatz.

### Kontrolliertes Rauchen – reduzierter Konsum

#### Zum Begriff des kontrollierten Rauchens

Ursprünglich geprägt wurde der Begriff des kontrollierten Rauchens in den 70er Jahren von Frederiksen [19–21] für ein komplexes Behandlungspaket, das sich speziell an Raucher richtet, die nicht willens oder nicht in der Lage sind, mit dem Rauchen aufzuhören. Ihnen wurden wirksame Hilfen angeboten, ihren Zigarettenkonsum, wenn nicht zu stoppen, dann doch zu reduzieren und darüber ihr Gesundheitsrisiko zu verringern.

Für die Folgezeit ist eine Begriffsaufweichung und -diffusion festzustellen, die zu einer entsprechenden Konfusion in der wissenschaftlichen Diskussion geführt hat. Neben kontrolliertem (*controlled, attenuated smoking*) ist auch von reduziertem Rauchen (*reduced smoking*), von der Reduktionsmethode (*reduction method, cigarette fading*), von schrittweiser Reduktion (*stepwise reduction*), von Schadensbegrenzung (*harm reduction*) etc. die Rede. Dabei sind zwei Richtungen der Begriffsverwendung unterscheidbar: eine psychologisch-kontrolltheoretisch orientierte, die die Entwicklung individueller Kompetenzen im Auge hat, und eine eher pragmatisch-messmethodische. Letztere sieht „kontrolliertes“ oder reduziertes Rauchen vor allem als ein alternatives Zielkriterium zur Abstinenz und definiert kontrolliert Rauchende meist als Personen, die wenig oder weniger rauchen (z. B. [22]). In metaanalytischen und sonstigen Übersichtsarbeiten werden Studien zum kontrollierten Rauchen (als Ergebnis einer spezifisch auf persönliche Kontrolle über das eigene Rauchverhalten ausgerichteten Intervention) häufig in einen Topf geworfen mit Studien, die die *schrittweise Reduktionsmethode* zur Erlangung von Abstinenz benutzen.

Um angesichts der gerade beschriebenen Situation in der wissenschaftlichen Diskussion zu begrifflicher und konzeptueller Klarheit zurückzufinden, wird hier der folgende Definitionsvorschlag gemacht (Tab. 1): Von „kontrolliertem Rauchen“ ist dann zu sprechen, wenn eine Person Verzicht leistet, indem sie ihren Tabakkonsum an einem zuvor festgelegten Plan oder

Tab. 1 Definition des Konstrukts „kontrolliertes Rauchen“ (kR)

#### Kernintensionen:

Kontrolliertes Rauchen liegt vor, wenn eine Person Verzicht leistet, indem sie ihren Tabakkonsum an zuvor festgelegten Plänen oder Regeln ausrichtet.

#### Randintensionen, Charakteristika:

Konsumreduktion als Folge des kR

souveräne Selbstbestimmung über Regeln und Pläne

Zieloffenheit von Programmen zum kR (Abstinenz als Ziel möglich)

einer Regel ausrichtet. Die Selbstkontrolle kommt darin zum Ausdruck, dass im Konflikt zwischen zwei als attraktiv angesehenen Konsequenzen (kurzfristig Genuss vs. langfristig Gesundheit) die positiver bewertete, aber erst später eintretende Alternative gewählt und das Verhalten danach ausgerichtet wird (*delayed gratification*) [23].

Die Regeln und Pläne können eine *Begrenzung der pro Zeiteinheit konsumierten Menge* vorsehen oder eine Reduktion der Nikotinaufnahme durch Änderung des Konsummusters regeln. Der Plan kann konsumfreie, d.h. *abstinente Phasen* beinhalten. Deren Dauer kann variieren von einigen Stunden über Tage oder Wochen bis hin zu Jahren, so dass der Unterschied zu unbegrenzter oder lebenslanger Abstinenz in dieser Sicht lediglich ein *gradueller* ist. Schließlich kann die Kontrolle darin bestehen, dass *Randbedingungen* festgelegt werden, die den Konsum regeln. Diese Festlegungen können als Ziel eine Konsumreduktion haben, müssen es jedoch nicht: Es würde gemäß der vorgeschlagenen Definition auch als kontrolliertes Rauchen gelten, wenn jemand den Vorsatz umsetzt, nicht mehr in der Gegenwart von Kindern zu rauchen, um sie vor den Folgen des Passivrauchens zu bewahren, unter dem Strich aber nicht weniger raucht als zuvor. Bedingungen, die geregelt werden, können sich wie im Beispiel auf die Anwesenheit anderer Personen beziehen, auf Orte, auf Zeiten, auf Stimmungen oder auf umschriebene Situationen. Bei Umsetzung solcher Restriktionen ist mit großer Wahrscheinlichkeit auch eine Konsumreduktion zu erwarten, und auch wenn diese nicht definitorisch sein soll für kR, so ist sie doch charakteristisch und erwünscht.

Die mit dem kR assoziierten Menschenbildannahmen legen nahe, dass der Klient in Anerkennung seiner Souveränität, seines Expertenstatus sowie zur Förderung seiner Selbstkontrolle seine Regeln und Pläne so weit wie möglich selbst bestimmt. Auch in der Interaktion mit Professionellen sollte er zumindest mit entscheiden, welche Regeln zu seinem Alltag und zu seiner Person passen. Von professioneller Seite ist hier vor allem Ermunterung zum Ausprobieren gefragt und evtl. Unterstützung bei der Klärung, mit welchen Zielsetzungen die besten Erfolgsaussichten verbunden sein könnten. Externe Restriktionen, wie Rauchverbote am Arbeitsplatz, können zur Selbstkontrolle motivieren oder gar zwingen, sind für sich allein genommen jedoch nicht als Selbstkontrollmaßnahmen zu sehen.

Wenn auch nicht zwingend aus der Definition ableitbar, so ist die Zieloffenheit von Programmen zum Erlernen des kR doch im Sinne eines charakteristischen Merkmals wichtig. Teilnehmer werden nicht von vornherein auf das Abstinenzziel (oder ein anderes) verpflichtet, sondern die Zielfestlegung, Zielüberprüfung und dynamische Zielanpassung gelten gerade als ein zentraler therapeutischer Baustein. Zieloffenheit impliziert bereits eine Offenheit auch gegenüber dem speziellen Ziel der Abstinenz. Eine Reihe fachlicher Gründe spricht dafür, dem Abstinenzziel gegenüber stets offen zu bleiben und ihm immer dann den Vorrang einzuräumen, wenn es für einen Klienten erwünscht und erreichbar erscheint.

### **Interventionsmethoden zum kontrollierten Rauchen**

Die Methoden, die eingesetzt wurden, um das kR zu vermitteln und aufrechtzuerhalten, unterscheiden sich nicht grundsätzlich von denen, die auch in abstinenzorientierten Raucherentwöh-

nungsprogrammen zum Einsatz kommen (vgl. [12,17]). In der Vergangenheit wurde pragmatisch vorgegangen und alles eingesetzt, was Nutzen versprach. Nützlichkeit wurde allerdings überwiegend als Beitrag zu einer angestrebten Konsumreduktion gesehen (konnte also z.B. auch Fremdkontrollmaßnahmen enthalten), seltener als expliziter Beitrag zur Steigerung der Selbstkontrolle. Ein Nikotin-Nasenspray z.B. kann sehr wohl helfen, den Zigarettenkonsum zu reduzieren, sein Einsatz wird die Selbstkontrolle eines Rauchers aber vermutlich nur dann erhöhen, wenn es gelingt, die Nikotinsubstitution durch entsprechende Aufklärung und Veränderungsplanung als vorübergehend hilfreiches Instrument in die Selbstkontrollstrategie der Person zu integrieren. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der Raucher sich gegenüber dem Spray als ähnlich außengesteuert und abhängig erlebt wie zuvor gegenüber dem Rauchen und spätestens beim Absetzen des Sprays mit größerer Wahrscheinlichkeit rückfällig wird. Psychologisch entscheidend ist, ob die verschiedenen Hilfen zunächst die subjektiv wahrgenommenen eigenen Kontrollmöglichkeiten erhöhen und dann in der Erprobung und Etablierung dazu führen, dass (zumindest partiell) Kontrolle erfahren wird, Zuversicht und Selbstwirksamkeit steigen sowie die entsprechenden Verhaltensroutinen sich verfestigen und in das Selbstkonzept der Person eingebaut werden.

Im deutschen Sprachraum ist das Programm, das in den 70er Jahren von J. C. Brengelmann am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München entwickelt und evaluiert sowie später durch die BZgA verbreitet wurde [24], erwähnenswert. Es markiert die Wende hin zu einer lernpsychologisch fundierten Rauchertherapie, die neben Abstinenz auch Konsumreduktion als Ziel akzeptierte und in der auch Selbstkontroll-Elemente vermittelt wurden [25]: Die Teilnehmer der sich über 6 Wochen bzw. 12 Sitzungen erstreckenden Gruppentherapie protokollierten zum einen bis zum Nachkontrolltermin ein Jahr lang täglich ihren Zigarettenkonsum. Außerdem mussten sie aus einer Liste mit 37 Selbstkontrollstrategien pro Sitzung 3 bis 5 neue Regeln ausprobieren (z.B. „2. Lehnen Sie alle angebotenen Zigaretten ab.“, „9. Rauchen Sie nicht mehr auf der Straße.“, „29. Inhalieren Sie nur jeden zweiten Zug.“) [26]. In einer späteren Selbstlernvariante mit regelmäßigen „Therapiebriefen“ und mit Kontrakten, die mit „Mediatoren“ aus dem sozialen Umfeld der Klienten abzuschließen waren, sollte der Klient „... in jedem Kontrakt (zweimal pro Woche) je fünf neue Verhaltensvorschriften auswählen, auswendig lernen und durchführen. Nach Beendigung der 37 Schritte konnten dann jeweils die wirksamsten beibehalten werden“ [27]. Hier kommen also ansatzweise schon Self-Monitoring, Selbstkontrollpläne und Kontraktmanagement zum Einsatz, wie sie heute in weiter entwickelter Form zum Standardrepertoire der Selbstkontrolltechniken gehören. Mit einer Reihe von Interventionsstudien wurden seinerzeit empirische Wirksamkeitsnachweise erbracht [26–29]. Die dabei dokumentierten Therapieerfolge waren beeindruckend (z.B. [27]): Im Schnitt reduzierten die Klienten im Laufe der Therapie von 31,9 auf 7,0 Zigaretten, mit ansehnlicher Stabilität zur 1-Jahres-Katamnese (11,5). Ein nicht unerheblicher Teil erlangte Abstinenz (45% zu Therapieende, 39% nach 1 Jahr).

In der Folgezeit ist die wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Ansatz deutlich zurückgegangen, so dass er inzwischen auch in der wissenschaftlichen Diskussion keine prominente Rolle mehr spielt. Von der BZgA ist das Programm noch einige

Jahre weiter propagiert worden, bevor es von einem rein abstinenzorientierten („Rauchfrei in 10 Schritten“) abgelöst wurde.

Dort, wo heute innerhalb des Selbstmanagement-Ansatzes [23,30,31] kR trainiert wird, gehören die folgenden Interventionsmethoden zum bewährten Inventar (Tab. 2).

Tab. 2 Therapeutische Elemente des Selbstmanagement-Ansatzes zum kontrollierten Rauchen (kR)

- Information, Aufklärung (z. B. zu Nikotinabhängigkeit, Gesundheitsfolgen, Nikotinersatzpräparaten)
- Selbstbeobachtung, Protokollierung (des Rauchverhaltens und seiner Bedingtheit)
- Analyse, Bewertung (evtl. Feedback, z. B. des CO-Status oder der Nikotinaufnahme)
- Zielsetzung und -operationalisierung
- Kontrollstrategien und Alternativverhalten wählen, erproben, umsetzen, bewerten (z. B. Stimulus- oder Situationskontrolle)
- Kontingenzmanagement, inkl. Selbstverstärkung und evtl. -bestrafung, Verträge, Integration sozialer Unterstützung
- dynamische Zielanpassung
- Stabilisierung, Rückfallprophylaxe, „Notfall“-Vorbereitung

In schwierigen Fällen empfiehlt sich die Vorschaltung einer Verhaltens- und Problemanalyse [32]. Auch die im Folgenden genannten Einzeltechniken sind in – oft multimethodal angelegten – Selbstmanagement-Programmen zum kR zu finden. Im Sinne des Selbstkontrollansatzes ist ihre Verwendung legitim, wenn gewährleistet ist, dass sie, wie oben beispielhaft dargelegt, von einer Person sinnvoll in ihre persönlichen Selbstkontrollstrategien integriert werden können. Auf dem Hintergrund gesicherter Wirksamkeitsnachweise kann etwa über Nikotinersatzpräparate, über aversive Techniken (*rapid smoking*, offene oder verdeckte Sensibilisierung), über die Vorteile von Gruppenprogrammen (programminterne soziale Unterstützung) sowie den Einsatz von allgemeinen Problemlösungsmodellen informiert werden [13]. Auch Ernährungsfragen, Gewichtsregulation, sportlicher Betätigung und Entspannungsverfahren kann bewährtermaßen Beachtung geschenkt werden.

### Argumente für und gegen kontrolliertes Rauchen

Zusammenstellungen von Pro- und Kontra-Argumenten zum Konzept des kR [32–35] (Tab. 3) führen auf der Pro-Seite u. a. ins Feld, dass durch Programme, die auch kR als Zieloption anbieten, die Zugangsschwelle gesenkt wird und Raucher erreicht werden können, die sich allein auf Abstinenz nicht einlassen

Tab. 3 Argumente für und wider kontrolliertes Rauchen (kR)

#### Pro-kR-Argumente

- P1: Mehr Raucher mit Änderungswunsch werden erreicht.
- P2: kR kann ein „Sicherheitsnetz“ für rückfällige Abstinente sein.
- P3: Schadensbegrenzung (harm reduction) ist sinnvoll.
- P4: kR kann den Einstieg in den Ausstieg bedeuten.
- P5: Kontrollierter Konsum ist nachgewiesenermaßen möglich.

#### Kontra-kR-Argumente

- K1: Kompensatorisches Verhalten ist zu erwarten.
- K2: Rückfälle sind wegen dauernder Vigilanz wahrscheinlich.
- K3: Abstinenzfähige Personen werden durch kR zum Rauchen verführt.

würden – sei es, weil sie nicht wollen oder weil sie vielleicht trotz dringender gesundheitlicher Gründe (noch) nicht aufhören können. Verlässliche epidemiologische Daten, die diese These belegen würden, fehlen allerdings. Hier ist man bislang auf positive Berichte aus Institutionen angewiesen, die entsprechende Angebote vorhalten (z. B. [36]).

Ein zweites Pro-Argument knüpft an den üblichen Rückfallraten von oft 80% und mehr nach einem Jahr selbst bei zunächst wirksamen abstinenzorientierten Programmen an [13,14,37]. Nach einem Rückfall kontrolliert weniger statt unkontrolliert genau so viel wie zuvor zu rauchen kann für die Gesundheit der Betroffenen (und ihre Umgebung) Vorteile bedeuten. Angesichts der Tatsache, dass sehr viele Raucher schon einen oder mehrere Beendigungsversuche hinter sich haben (s.o.) und dass Rückfallprävention und -vorbereitung in allen Programmen einen wichtigen Punkt darstellen, wäre ein solches „Sicherheitsnetz“ eine sinnvolle Einrichtung. Drittens ist das Argument der Schadensbegrenzung (*harm reduction*) jedoch nicht nur für Rückfallsituationen von Belang, sondern stellt auch in der Argumentation für kR an sich einen zentralen Stützpfeiler dar [38,39]. Belege dafür, dass die Reduzierung des Nikotinkonsums nachweisbare und nennenswerte physiologische Effekte zeitigen kann, liegen durchaus vor, sei es für kardiovaskuläre [36,40], pulmonologische Parameter [41,42] oder die Tumorentwicklung [43,44]. Allerdings gibt es nicht immer eine lineare Beziehung zwischen dem Ausmaß, in dem der Zigarettenkonsum verringert wird, und dem Ausmaß, in dem sich das Gesundheitsrisiko reduziert. Kompensatorisches Verhalten – etwa indem die wenigen noch gerauchten Zigaretten bis näher an den Filter und/oder mit mehr Zügen geraucht werden, indem tiefer inhaliert wird etc. – ist ein Erklärungsbaustein dafür, dass zuweilen die gesundheitlichen Verbesserungen geringer ausfallen als erwartet [40]. In der Diskussion um den Wert sog. Light-Zigaretten hatte dieser Effekt ein besonderes Gewicht [45]. Aus psychologischer Sicht sind Kompensationseffekte umso wahrscheinlicher, je unreflektierter und fremdbestimmter eine Entscheidung zur Konsumreduktion zustande gekommen ist. In manchen Fällen wird die Kompensation ein kurzfristiges und passageres Phänomen sein, das zudem mit der Nutzung von Nikotinersatzpräparaten eingedämmt werden kann. Unter dem Strich kann man angesichts der genannten Belege sowie vielerorts nachgewiesener Dosis-Wirkungs-Beziehungen zwischen Konsummenge und Gesundheitsfolgen von möglichen Verbesserungen durch reduzierten Konsum ausgehen, d.h. die Möglichkeit der Schadensbegrenzung anerkennen. Allerdings ist auch Fiore et al. [13] zuzustimmen, dass die Befundlage dazu noch unbefriedigend ist.

Ein viertes Argument zugunsten des kR betont die Chance, dass das kR sich als Zwischenstation auf dem Weg zur Abstinenz erweisen könnte. Unter dem Schlagwort „Einstieg in den Ausstieg“ (*start people stopping*) wird der Hoffnung Ausdruck verliehen, eine – vorher vielleicht nicht für möglich gehaltene – Erfahrung von persönlicher Kontrolle über das eigene Rauchverhalten könnte zu weitergehenden Zielsetzungen ermutigen und letztlich bei einigen Betroffenen den Weg in die Abstinenz ebnen. Neben der Ermutigung könnte ein weiteres Motiv dadurch entstehen, dass kontrolliert Rauchende ihre Pläne und Regeln selbst bei erfolgreicher Umsetzung als so einschränkend und mühselig erleben, dass ihnen völliger Verzicht als „kleineres Übel“ bzw. als ein Gewinn an persönlicher Freiheit und Lebensqualität erscheint.

Unter den Argumenten, die gegen kR vorgebracht wurden, ist zunächst das bereits diskutierte Kompensationsphänomen zu nennen. Hierbei handelt es sich aber wohl kaum um einen grundsätzlichen Einwand, sondern eher um ein Bedenken gegen die Robustheit des Konzepts „kR“. Es fehlen Untersuchungen, die klären, welche Bedingungen Kompensationsverhalten mehr oder weniger wahrscheinlich machen und mit welchen Interventionsbestandteilen sie am besten zu verhindern sind. Als weiteres Argument gegen das kR wurde eingewandt, dass es nur zu kurzfristigen Reduktionseffekten führt, die später aber wegen der ständig gegebenen Vigilanz und der dauerhaft notwendigen Kontrollanstrengung nicht aufrechterhalten werden. Unter den Pro-Argumenten wurde diese Schwierigkeit ebenfalls angeführt, dort allerdings als ein mögliches Motiv, um zur Abstinenz (statt zum alten Niveau) zu wechseln. Letztlich ist es aber eine empirisch zu klärende Frage, ob kontrollierter Konsum langfristig möglich ist und in welche Richtung sich diejenigen entwickeln, denen der Kontrollweg zu mühsam ist. Dass reduzierter Konsum auch langfristig möglich ist, und zwar mit ähnlichen Erfolgsraten wie beim Kriterium Abstinenz, konnte wiederholt gezeigt werden (vgl. [46, 47]). Welche Rolle dabei jeweils Kontrollstrategien im Sinne des kR gespielt haben, war in diesen Studien jedoch nicht thematisch. Ebenso liegen bislang kaum Daten dazu vor, in welche Richtung sich kontrolliert Rauchende verändern, wenn sie das kontrollierte Rauchen beenden: Von 44 Personen (59%), die in der Katamnese-Studie von Colletti et al. [46] nach selbstkontrollorientierter Verhaltenstherapie *reduziert* geraucht hatten (> 0 und ≤ 50% von Baseline), waren nach 4 Jahren immerhin 18% zur Abstinenz gewechselt, 18% erfüllten weiterhin das Reduktionskriterium und 64% waren dahinter zurückgefallen.

Das vielleicht gewichtigste Argument gegen kR könnte sein, durch seine Propagierung würden Raucher, die eigentlich zur Abstinenz motivierbar und in der Lage wären, davon abgehalten werden, weil ihnen ein kontrollierter Konsum als das attraktivere Ziel erscheint. Schlimmer noch, es könnten Personen, die Abstinenz bereits erlangt haben (oder nie geraucht haben), dazu verführt werden zu rauchen, weil sie das Suchtpotenzial und die Gesundheitsgefahren, die damit verbunden sind, zu gering schätzen. Die empirische Basis dieser Befürchtung ist bislang nicht geklärt. Motiv- und entscheidungsanalytische Untersuchungen fehlen ebenso wie epidemiologische Daten, die eine solche „Verführungs“-Hypothese stützen würden. Werden Interessenten für reduktions- und abstinenzorientierte Programme verglichen, dann erweisen sich Erstere oft als die älteren und stärkeren Raucher mit mehr Abhängigkeitssymptomen, mehr Aufhörversuchen in der Vergangenheit und mehr gesundheitlichen Problemen (z.B. bei [48]). Das schließt zwar nicht aus, dass auch „verführte“ Raucher, die eigentlich zu Abstinenz in der Lage wären, darunter sind, macht es jedoch unwahrscheinlich. Die Schwere der Verführungsgefahr relativiert sich auch angesichts der wiederholt beobachteten *Ergebnisäquivalenz* in vergleichenden Untersuchungen: Glasgow et al. [34] etwa verglichen die Effekte zweier kognitiv-verhaltenstherapeutischer Programme, von denen eines nur abstinenzorientiert war und das andere auch die Option „kR“ bot. Nach 6 Monaten waren die erzielten Effekte weitgehend äquivalent: Die über CO-Messungen extern validierte Abstinenzquote lag bei 22 bzw. 20% und die Gruppe der nicht abstinente Teilnehmer hatte ihren Konsum von 25,7 Zigaretten pro Tag auf 21,4 bzw. von 24,6 auf 16,1 gesenkt.

## Wirksamkeitsnachweise

Für die Beurteilung der Wirksamkeit von Programmen zum kR im engeren Sinne fehlen bislang metaanalytische Überblicke – und werden wohl auch noch eine Zeit lang fehlen, weil zu wenige Evaluationsstudien vorliegen, v. a. solche mit guter methodologischer Qualität. Vorhandene Metaanalysen zur Behandlung von Rauchern, wie die von Fiore et al. [13], berücksichtigen allenfalls Studien zur sog. Reduktionsmethode (die vor dem definitiven Aufhören eine Reduktionsphase vorsieht – in Gegenüberstellung zur Schlusspunktmethode, bei der auf eine solche verzichtet wird) und sind einzig auf den Endpunkt „Abstinenz“ gerichtet, nicht jedoch auf das Zielkriterium „kontrollierter Konsum“. Gelegentlich findet man „zu geringe Effektstärken“ als Argument gegen die Wirksamkeit von kR zitiert [5], wobei aber wohl meist die abstinenzorientierte Reduktionsmethode gemeint sein dürfte, denn metaanalytische Bilanzen zum reduktionsorientierten kR liegen wie gesagt bislang nicht vor. Untersuchungen, die als Evaluationsstudien zum kR richtungsweisend sein könnten, gibt es aber durchaus (zum Überblick vgl. [35]), sei es in Form von Einzelfall- [42, 49, 50] oder Multiple-Baseline-Studien [51], sei es in Form von Gruppenstudien, z. T. mit Zufallszuweisung [34], mit großer Stichprobe, doppelblind und plazebokontrolliert [36, 52] oder mit Langzeitverlaufsdaten [46]. Für die noch einen Schritt weitergehende und praktisch interessante Frage, welche Personen am ehesten vom kR profitieren werden (differenzielle Indikation und Prognose), fehlen bislang Studien.

## Diskussion

Die hier vorgeschlagene Präzisierung des Konstrukts „kR“ als im engeren Sinne der Selbstkontrolle dienendes Verhalten eröffnet neue Forschungsperspektiven. Erstens muss die kontrolltheoretische Fundierung vorangetrieben werden, indem das suchtpsychologische Konzept mit allgemeinspsychologischen Kontrolltheorien und dem Selbstmanagement-Modell vernetzt wird. Zweitens wäre ein systematisches „Durchforsten“ des bisher vorliegenden Forschungsfundus zum kR wünschenswert, um die Arbeiten zu selektieren, die eindeutig auf kontrolltheoretischem Hintergrund entstanden sind und somit Aussagekraft für den Wert des Konzepts besitzen. Drittens werden noch mehr neue, methodisch elaborierte Evaluationsstudien nötig sein, damit metaanalytische Bilanzen sinnvoll sind. Anhand derer sollte dann der relative Nutzen von kR-Ansätzen im Vergleich zu klassischen, positiv evaluierten Konzepten bewertet werden. Im Rahmen von Evaluations- und Vergleichsstudien kann auch die Optimierung der selbstkontrollorientierten Interventionsmethoden vorangetrieben werden. Solche Programmoptimierungen könnten (wegen der substanziellen Überschneidungen im Methodenarsenal beider Paradigmen) auch abstinenzorientierten Programmen zugute kommen. Zudem ist Abstinenz ja auch in kR-Programmen ein akzeptiertes (und nicht selten erreichtes, s.o.) Ziel. Werden Programme zum kR verbessert, sollten also nicht nur mehr kontrolliert Rauchende resultieren, sondern auch mehr abstinente Ex-Raucher.

- 1 Bolliger CT, Fagerström KO. The Tobacco Epidemic. *Progress in Respiratory Research* 1997; 28
- 2 Batra A. Raucherentwöhnung aus verhaltensmedizinischer Perspektive: Stand und Entwicklungen. In: Zielke M, Keyserlingk Hv, Hackhausen W (Hrsg). *Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Lengerich: Pabst 2001; 695–706
- 3 Kraus L, Augustin R. Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Sucht* 2001; 47 (Sonderheft 1)
- 4 Peto R, Lopez AD, Borham J et al. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000*. Oxford: Oxford University Press 1994
- 5 Bölskei P, Borgmeier A, Hack D et al. *Rauchen*. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, o.J
- 6 Batra A. *Tabakabhängigkeit. Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten*. Darmstadt: Steinkopff 2000
- 7 Schoberberger R, Kunze M. *Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie*. Wien: Springer 1999
- 8 Welte R, König HH, Leidl R. The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health* 2000; 10: 31–38
- 9 Junge B, Nagel M. *Das Rauchverhalten in Deutschland*. Gesundheitswesen 1999; 61: S121–125 (Sonderheft 2)
- 10 Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen M, Eisler RM, Miller PM (Hrsg). *Progress in Behavior Modification*. Sycamore, IL: Sycamore Press 1992; 184–214
- 11 Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U. Inanspruchnahme von Hilfen zur Erlangung der Nikotin-Abstinenz. *Sucht* 2000; 46: 398–407
- 12 Kröger C. Therapie der Tabakabhängigkeit. In: Tretter F, Müller A (Hrsg). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe 2001; 439–466
- 13 Fiore MC, Baily WC, Cohen SJ et al. *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service 2000
- 14 Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A, for the Cochrane Tobacco Addiction Review Group. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal* 2000; 321: 355–358
- 15 Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg). *Therapieempfehlungen Tabakabhängigkeit*. [www.akdae.de] 23.4.2002. Köln: AkdÄ 2001
- 16 Schumann A, Hapke U, John U. *Selbsthilfemanuale zur Raucherentwöhnung: Bewertung anhand inhaltlicher und formaler Kriterien*. *Sucht* 1999; 45: 250–262
- 17 Kröger C. *Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Reihe Gesundheitsförderung konkret, Band 2*. Köln: BZgA 2000
- 18 Schmidt LG. *Tabakabhängigkeit und ihre Behandlung*. *Dt Ärztebl* 2001; 98: A–1826–1833
- 19 Frederiksen LW. Single-case designs in the modification of smoking. *Addictive Behaviors* 1976; 1: 311–319
- 20 Frederiksen LW, Peterson GL, Murphy WD. Controlled smoking: Development and maintenance. *Addictive Behaviors* 1976; 1: 193–196
- 21 Frederiksen LW, Simon SJ. Modification of smoking topography: A preliminary analysis. *Behavior Therapy* 1978; 9: 946–949
- 22 Hill D, Weiss DJ, Walker DL, Jolley D. Long-term evaluation of controlled smoking as a treatment outcome. *British Journal of Addiction* 1988; 83: 203–207
- 23 Logue AW. *Self-control: waiting until tomorrow for what you want today*. Engelwood Cliffs (N): Prentice Hall 1994
- 24 BZgA. *Nichtraucher in 10 Wochen: Anleitung für den Kursleiter*. Köln: BZgA 1983
- 25 Brengelmann JC. Status der psychologischen Methoden der Raucherentwöhnung. In: Brengelmann JC (Hrsg). *Grundlagen und Praxis der Raucherentwöhnung*. München: Röttger 1984; 47–70
- 26 Sedlmayr E. *Persönlichkeitsdeterminanten des Rauchens und des Therapieerfolges bei der Modifikation des Rauchens*. München: Unveröff. Diss 1974
- 27 Schwarze-Bindhardt U. *Die Rolle des Mediators bei der Selbstkontrollbehandlung von Rauchern*. München: unveröff. Diss 1976
- 28 Brengelmann JC, Sedlmayr E. *Die Behandlung des Rauchens*. Stuttgart: Kohlhammer 1976
- 29 Brengelmann JC. Die Verhaltenskontrolle des Rauchens, speziell vom Gesichtspunkt des Versicherungsträgers. *Soziale Sicherheit* 1975; 3: 111–118
- 30 Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. *Selbstmanagementtherapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer 1996
- 31 Reinecker H. *Selbstmanagement*. In: Margraf J (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1*. Berlin: Springer 2000; 525–540
- 32 Baldwin S, Rogers P. Controlled smoking (part I): a last resort? *Journal of Substance Misuse* 1996a; 1: 67–73
- 33 Baldwin S, Rogers P. Controlled smoking (part II): a last resort. *Journal of Substance Misuse* 1996b; 1: 142–148
- 34 Glasgow RE, Morray K, Lichtenstein E. Controlled smoking versus abstinence as a treatment goal: the hopes and fears may be unfounded. *Behavior Therapy* 1989; 20: 77–91
- 35 Rogers P, Baldwin S. *Controlled or Reduced Smoking: An Annotated Bibliography*. Westport, CT: Greenwood 1999
- 36 Bolliger CT. Practical experiences in smoking reduction and cessation. *Addiction* 2000; 95: S19–24 (Suppl 1)
- 37 Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67: 563–570
- 38 Kozlowski LT. Reduction of tobacco health hazards in continuing users: individual behavioral and public health approaches. *Journal of Substance Abuse* 1989; 1: 345–357
- 39 Hughes JR. Applying harm reduction to smoking. *Tobacco Control* 1995; 4: S33–38 (Suppl 2)
- 40 Benowitz NL, Jacob P, Kozlowski LT, Yu L. Influence of smoking fewer cigarettes on exposure to tar, nicotine, and carbon monoxide. *The New England Journal of Medicine* 1986; 315: 1310–1313
- 41 Rennard S, Daughton D, Fujita J. Short-term smoking reduction is associated with reduction in measures of lower respiratory tract inflammation in heavy smokers. *European Respiratory Journal* 1990; 3: 752–759
- 42 Fagerström KO. From reduced smoking to quitting: improvements in COPD symptoms and lung function: a case report. *Nicotine and Tobacco Research* 2001; 3: 93–94
- 43 Lubin JH, Blot WJ, Berrino F et al. Modifying risk of developing lung cancer by changing habits of cigarette smoking. *British Medical Journal* 1984; 288: 1953–1956
- 44 US Public Health Service. *The health consequences of smoking*. Washington DC: US Government Printing Office 1981
- 45 US Department of Health and Human Services. *The FTC cigarette test method for determining tar, nicotine, and carbon monoxide yields of US cigarettes: report of the NCI expert committee*. Bethesda, MD: National Institutes of Health Publication 1996; Publication No. 96–4028
- 46 Colletti G, Supnick JA, Rizzo AA. Long-term follow-up (3–4 years) of treatment for smoking reduction. *Addictive Behaviors* 1982; 7: 429–433
- 47 Glasgow RE, Klesges RC, Klesges LM et al. Long-term effects of a controlled smoking program: A 2½ year follow-up. *Behavior Therapy* 1985; 16: 303–307
- 48 Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M, Vestbo J. Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of danish moderate and heavy smokers. *Preventive Medicine* 2001; 33: 46–52
- 49 Baldwin S, Heather N. Controlled smoking: single case study with multicomponent intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1986; 17: 295–299
- 50 Belles D, Bradlyn AS. The use of the changing criterion design in achieving controlled smoking in a heavy smoker: a controlled case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1987; 18: 77–82
- 51 Glasgow RE, Klesges RC, Vasey MW. Controlled smoking for chronic smokers: an extension and replication. *Addictive Behaviors* 1983; 8: 143–150
- 52 Buchkremer G, Bents H, Horstmann M, Opitz K, Tolle R. Combination of behavioral smoking cessation with transdermal nicotine substitution. *Addictive Behaviors* 1989; 14: 229–238