WOGE

# SQUIN, ein neuartiges, onlinebasiertes Gruppentraining zur Tabakentwöhnung: Aufbau, methodischer Hintergrund und Wirksamkeit

**Willi Zeidler und Dieter Kleiber**

## Einleitung

Tabakkonsumenten erwägen in der Mehrzahl, das Rauchen aufzugeben, und führen früher oder später auch einen oder mehrere Aufhörversuche durch (Matos, Kraus, Pabst & Piontek, 2013). Leider scheitern die meisten dieser Versuche in Eigenregie (Hoch & Kröger, 2011). Ein weiteres Problem ist die Motivation zur Nutzung professioneller Tabakentwöhnungsmaßnahmen als eher gering – selbst in Regionen, in denen die Versorgung mit Vor-Ort-Entwöhnungstrainings prinzipiell gegeben wäre. In ländlichen Gebieten verbindet sich die geringe Motivation überdies auch noch mit einer gravierenden Unterversorgung mit professionellen Tabakentwöhnungstrainings (Etzel, Mons, Schmitt, Lang & Pötschke-Langer, 2008).

Bisherige Entwöhnungsangebote werden zumeist zeitlich und örtlich gebunden angeboten. Für viele Aufhörwillige erweist sich die Teilnahme vor Ort und zu vorgegebenen Zeiten als nicht ohne Weiteres realisierbar, weil berufliche oder persönliche Verpflichtungen und eine wachsende Flexibilisierung der Tagesabläufe der Teilnahme entgegenstehen. Hinzu kommt auch im Bereich Tabakentwöhnung eine Hemmschwelle durch Schamgefühle und Stigmatisierungsängste: Aufgrund der Sorge, sich vor anderen zu blamieren oder sich als abhängig zu offenbaren, werden Vor-Ort-Angebote nicht selten gemieden (Bauer & Kordy, 2008).

Ein weiterer Nachteil besteht darin, dass viele Programme aus finanziellen Gründen meist nur für eine begrenzte Dauer angeboten werden können. Selbst die erfolgreichsten Entwöhnungsmethoden, namentlich das auf dem Gebiet führende »Rauchfrei-Programm« des Instituts für Therapieforschung (Gradl, 2008), erreichen – bei einer initialen Abstinenzquote zum Rauchstopp von immerhin 91 Prozent – sechs Monate nach Programmende nur noch eine Abstinenzquote von 34 Prozent (Kröger & Piontek, 2011; Kröger, Gomes de Matos, Piontek & Wenig, 2015).

Zukünftige Tabakentwöhnungsprogramme sollten daher sowohl niedrigschwellig sein als auch längere Unterstützungszeiträume ermöglichen. Beides, so ist zumindest theoretisch anzunehmen, können onlinebasierte Angebote leisten. Sie scheinen daher geeignet, die aufgezeigten Hemmnisse beziehungsweise Nutzungsbarrieren zu reduzieren, und sie könnten auch in unterversorgten Regionen potenziell mehr Entwöhnungswillige erreichen (Bauer, Wolf, Mossner, Zimmer & Kordy, 2008; Haug et al., 2010; Knaevelsrud, 2005; Taylor & Luce, 2003). Grundsätzlich könnten sie leichter als auf direkten Personenkontakt angewiesene Programme einen längeren Unterstützungszeitraum anbieten und den Nutzern im Umgang mit den Rückfallgefahren zur Seite stehen, mit denen sie nach dem Rauchstopp beziehungsweise dem Ende der bisher üblichen Entwöhnungsprogramme in aller Regel konfrontiert sind.

Ein Beispiel für ein solches Online-Programm ist SQUIN (»smoke, quit, win«). Es wurde auf der Basis des Rauchfrei-Programms von der eigens dafür gegründeten SQUIN GmbH in Kooperation mit der AOK Nordost entwickelt und wird seit 2012 angeboten. Inzwischen liegen erste Ergebnisse der Evaluation des Programms vor, die sich auf den Zeitraum von Oktober 2012 bis März 2014 erstrecken (Zeidler, in Vorbereitung). Diese ersten Ergebnisse und ihr bezugnehmender Vergleich mit dem Rauchfrei-Programm stehen im Zentrum dieses Beitrags.

Nach einem Überblick über bereits verfügbare onlinebasierte Tabakentwöhnungsangebote werden zunächst Ziele, Aufbau und Methoden von SQUIN dargestellt, bevor die Ergebnisse der Evaluation im Vergleich berichtet werden.

## Bisher verfügbare Online-Entwöhnungsprogramme

Onlinebasierte Tabakentwöhnung wird in den USA bereits länger entwickelt und erforscht. Die meisten derartigen Programme beschränken sich jedoch auf eine internetbasierte Informationsvermittlung. Das in Bezug auf die langfristige Abstinenz (sechs Monate nach Rauchstopp) bislang erfolgreichste englischsprachige Programm für bis zu 25-Jährige erzielte eine Quote von bis dahin unerreichten 35 Prozent (Danaher et al., 2013). Im Review von Civljak, Stead, Hartmann-Boyce, Sheikh und Car (2013) wird insgesamt ein zuversichtliches Fazit gezogen und unter anderem empfohlen, das künftige Augenmerk bei der Weiterentwicklung derartiger Ansätze auf diejenigen Mechanismen zu lenken, die im Online-Kontext die höchste Verarbeitungstiefe der Inhalte und eine intensive Nutzerbindung bewerkstelligen.

In Deutschland sind bisher noch wenige empirisch untersuchte Angebote verfügbar, die sich auch an den empfohlenen Modellen und Vorgehensweisen der Leitlinien zur Tabakentwöhnung orientieren (AWMF, 2004): Das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) geförderte Online-Programm »www.rauchfrei.de« erreichte in der neuesten Erhebung eine Quote von neun Prozent (Wörmann, 2014). Im deutschsprachigen Raum am erfolgreichsten war bisher das Programm »stop simply«, das – wie SQUIN – Community- und Chat-Funktionen anbietet und eine Abstinenzrate von 20 Prozent nach sechs Monaten erreicht (Satow, Lippke & Schwarzer, 2009; Schwarzer & Satow, 2012). Es werden bisher also Entwöhnungsquoten berichtet, die deutlich niedriger sind als die der etablierten erfolgreichen Vor-Ort-Programme. Gleichwohl sprechen Kostengesichtspunkte, eine potenziell unbegrenzte Nutzerzahl und niedrige Teilnahmebarrieren dafür, onlinebasierte Angebote weiter zu optimieren, um mit höheren Erfolgsquoten für potenzielle Nutzer attraktiver zu werden. Das Programm SQUIN geht diesen Weg mit der Einführung neuartiger, zusätzlicher Programmbestandteile.

## Aufbau und Methoden von SQUIN

*Trainingsmethode*

Inhaltliche Basis des Trainingskonzeptes sind wissenschaftlich fundierte, verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenverfahren, die sich an den im Zeitraum der Programmentwicklung (2009 bis 2011) geltenden Leitlinien zur Tabakentwöhnung orientieren (AWMF, 2004). Diese Leitlinien wurden bereits erfolgreich im Rauchfrei-Programm umgesetzt, das derzeit die höchsten langfristigen Erfolgsquoten aufweist (Gradl, Kroeger, Floeter

& Piontek, 2009; Kröger & Piontek, 2011; Wenig & Kröger, 2014).

Die Lerninhalte werden in SQUIN interaktiv über vielfältige multimediale Miniübungsaufgaben vermittelt, die alle Nutzer sukzessive durcharbeiten können. Das Training umfasst wie ein Online-Spiel mehrere Level, wobei ein Level in etwa einem Gruppentreffen des Rauchfrei-Programms entspricht (vgl. Abbildung 1). Jede SQUIN-Ausstiegsgruppe besteht aus fünf bis zwölf anonym bleibenden Teilnehmern, wird nach Durchlauf des vorbereitenden Level 1 zusammengestellt und tauscht sich mittels Pinnwandfunktionalitäten und Chat (mit Pseudonym) untereinander aus. Sämtliche über Pinnwand und Chat geteilten Informationen verbleiben in der Gruppe und können nicht nach außen dringen (siehe Abbildung 2).

**Abbildung 1:** *Struktur und Aufbau des SQUIN-Trainings im Überblick*

**Abbildung 2:** *Die SQUIN-Community-Funktionalitäten Chat und Pinnwand*

*Die Themen der sieben Level des SQUIN-Programmes:*

*Level 1*: Anamnese; Aufbau von Ambivalenz in Bezug auf das Rauchen und Motivierung in Richtung Rauchstopp; Quiz: Fakten zum Rauchen und zur Rauchfreiheit; Nikotinersatz und Medikamente; Achtsamkeit – eine Einführung.

*Level 2*: Selbstbeobachtung; Zuversichts- und Stimmungsbarometer; Rauch- und Rauchfrei-Motive; Idealbild; innerer Zwiespalt; Raucherausreden.

*Level 3:* »Gute« Zigaretten; Wirkungsillusion; Reduktionsmethode und Gelegenheitsraucher; Rückfallprävention.

*Level 4:* Gestaltung erster rauchfreier Tag; Alternativen; Notfall-Button; Ampelmodell; Entzug; Verabschiedung vom Tabak.

*Level 5:* Hilfreiche Gedanken; Alltagstraining; Belohnung, Genuss, Erholung; Erfahrungsaustausch.

*Level 6:* Rauchen und Körpergewicht; erfreuliche Veränderungen; Erfahrungsaustausch; Rauchfrei-Identität; Alltagstrainings.

*Level 7:* Erfahrungsaustausch; die Begleiter einer Veränderung; Zukunftsplanung; Gesundheitstest; Rückblick; Update positiver Veränderungen; Stimmung und Zuversicht; Verabschiedung.

## Über das Rauchfrei-Programm hinausgehende Inhalte und Methoden

*Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention*

Als erstes deutsches Online-Training zur Tabakentwöhnung bietet SQUIN dem Nutzer auch Unterstützung durch innovative Ansätze aus dem Bereich der achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention (MBRP) an (Mundle, Bowen, Heinz & Kienast, 2014).

Zunächst im Rahmen spezieller Trainingsaufgaben geht SQUIN damit eine zentrale Schwachstelle derzeitiger Tabakentwöhnungsangebote, die hohe Rückfallquote, zielgerichtet an: Jeder Teilnehmer durchläuft bereits während des Entwöhnungstrainings ein maßgeschneidertes Rückfallpräventionstraining, das sich am Ansatz der achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention orientiert (Bowen, Chawla, Marlatt, Lindenmeyer & Mundle, 2012). Dabei sollen die Teilnehmer lernen, wie sie mittels gezielter Aufmerksamkeitslenkung und einer Änderung der eigenen Haltung dem subjektiven Erleben gegenüber besser mit Suchtdruck und Rückfallvorboten umgehen können.

Daneben stehen den Teilnehmern geleitete Audioübungen und im Rahmen eines sogenannten Notfallbereichs eine geleitete Akutübung zum Umgang mit Suchtdruck zur Verfügung. SQUIN-Teilnehmer können damit grundsätzlich online von den Vorteilen achtsamkeitsbasierter Ansätze bei Tabakentwöhnung profitieren (Brewer, Elwafi & Davis, 2013; Brewer et al., 2011; Davis, Manley, Goldberg, Smith & Jorenby, 2014; Schuman-Olivier, Hoeppner, Evins & Brewer, 2014).

*Aktives Vor- und Rückfallmanagement*

Zudem bietet SQUIN eine Innovation an, die im Rahmen von Vor-Ort-Entwöhnungen wegen der üblicherweise nicht ständigen Erreichbarkeit von Kursleitern nicht umsetzbar wäre: Jeder Teilnehmer kann in einer akuten Risikosituation auf einen »Notfallbereich« zurückgreifen und findet dort vier alternative Varianten von Bewältigungsmaßnahmen vor, mit denen ein drohender Rückfall abgewendet werden kann (Cropley, Ussher & Charitou, 2007).

In den Fällen, in denen Nutzer tatsächlich einen Rückfall erleiden, werden sie nicht alleingelassen oder gar stigmatisiert. Vielmehr werden sie mittels eines indivi-

Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Jetzt neu!

## Die Highlights des neuen DPV-Onlineshops:

- neue Struktur und ansprechende Optik zur besseren Orientierung
- verbesserte Suchfunktion
- nutzbar auf allen mobilen Endgeräten durch responsives Webdesign
- Bestellen mit und ohne Kundenkonto möglich
- Vorteilspreise für BDP-Mitglieder
- portofreie Lieferung für BDP-Mitglieder
- Gratis E-Books und Downloads
- Psychologie-Nachrichten und Veranstaltungstipps

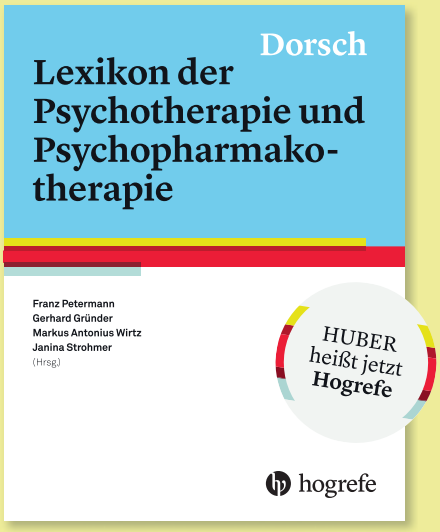
## Besuchen Sie uns!

151704

PSYCHOLOGENVERLAG.DE



# NEU: Lexikon der psychischen Störungen




Franz Petermann et al. (Hrsg.)

## Dorsch – Lexikon der Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

2015. 1‘048 Seiten, gebunden
€ 59.95

Zum ersten Mal in einem einzigen Lexikon: das gesamte Spektrum psychischer Störungen und Therapieverfahren in über 4‘500 Beiträgen von mehr als 500 renommierten Expertinnen und Experten der Psychologie und Psychopharmakologie, umfassend und strukturiert aufbereitet.
Eine systematische Darstellung psychischer Störungen: Symptomatik, Psychopathologie, Ätiologie, Klassifikation orientiert an ICD-10 und DSM-5, Prävalenz und Verlauf, Diagnostik sowie psychotherapeutische und psychopharmakotherapeutische Behandlungsstandards.
Ein Must-Have für Studierende, praktizierende Fachpersonen und klinisch forschende Wissenschaftler.

www.hogrefe.com/85572

hogrefe

**Abbildung 3**: *Notfallbereich mit 1. audiogeleiteter Achtsamkeitsübung gegen Rauchverlangen, 2. diversen Bewältigungsstrategien, 3. Selbstmotivation, 4. Verweis zum Rauchertelefon der BzGA*

dualisierten Rückfallaufarbeitungsmoduls, das angelehnt an die Rückfallprävention nach Marlatt (Witkiewitz & Marlatt, 2007) entwickelt wurde, angeleitet, den Rückfall als Lernchance zu interpretieren, um künftig mit Risikosituationen besser umgehen zu lernen. Nach der Absolvierung dieses Spezialangebots gelangen die Nutzer wieder in den normalen Trainingspfad zurück und können das Programm weiter durchlaufen.

*Kognitive Umstrukturierung und Einstellungsmodifikation*
Das Verlangen nach Tabak, das vor dem Rauchstopp bestenfalls verloren gegangen sein sollte, kann als wichtiger Indikator für eine künftige Rückfallgefahr gewertet werden (Toll, Schepis, O'Malley, McKee & Krishnan-Sarin, 2007). Für eine sichere und langfristige Abstinenz geht es also im Idealfall weniger darum, sich Zigaretten zu verbieten, als darum, sie nicht mehr rauchen zu wollen. SQUIN zielt mittels spezieller Lerninhalte (tiefenpsychologische Aspekte, kognitive Umstrukturierung, Einstellungsmodifikation etc.) darauf ab, dass der Nutzer bereits im Vorfeld des Rauchstopps das Rauchverlangen reduziert. Diese Aspekte sind vor allem für die Tabakentwöhnungsansätze von Allen Carr (Carr, 2012) und Jan Gertz (Geurtz, 2008) charakteristisch und mit für deren Erfolge verantwortlich (Moshammer & Neuberger, 2007; drei Jahre post Rauchstopp noch 51,4 Prozent Abstinenzquote).

*Langfristige Nachbetreuung*
Nach Ende des angeleiteten Trainings (Ende Level 7, das dem Ende des Rauchfrei-Programms entspricht) ist es dem SQUIN-Nutzer möglich, weiterhin in seiner Ausstiegsgruppe sowie im System zu bleiben, die Inhalte weiter zu vertiefen und weiterhin Programm- und Spezialmodule (Notfall-Button, Rückfallprävention etc.) zu verwenden.
Dazu kommt nach Ende des offiziellen Trainingspfades ein spezielles Angebot, sich in der langfristigen Stabilisierung der Rauchfreiheit weiter unterstützen lassen, die sogenannte Phase der »Aufrechterhaltung«. Hier erhält der Teilnehmer im Rahmen eines Frühwarnsystems über einen Zeitraum von zwölf Monaten regelmäßig Aufgaben, in denen er seine Lebensgewohnheiten und die damit einhergehenden Rückfallgefahren einzuschätzen lernt. Er wird somit in die Lage versetzt, frühzeitig einzugreifen, um Rückfallgefahren vorzubeugen beziehungsweise Rückfälle ganz konkret abzuwenden. Zudem wird ein spezielles Alltagstraining zur Verfügung gestellt, in dem alltägliche rückfallrelevante Szenarien durchgespielt werden, um besser auf den Ernstfall vorbereitet zu sein.

*Serious Games, Social Community, Immersion*
Neueste Entwicklungen im Bereich von Serious Games und Social Communities (Gamberini, Barresi, Majer & Scarpetta, 2008) sowie die Mechanik populärer Browser-Games wurden für SQUIN adaptiert, um diese bewährten Motivationssysteme auch dort zu etablieren und den Nachteil fehlender Ansprache eines realen Trainers aufzufangen: Erfahrungspunkte, Level- und Rangfolge-Systematiken (z.B. wer postet die meisten Kommentare etc.), die Synergieeffekte von Peer Education (Kommunikation, Unterstützung, Gemeinschaftsgefühl, sportlicher Wettbewerb, Verbindlichkeit) sollen die Teilnehmer im Training anspornen und an Trainingsablauf, Gruppe und System binden. SQUIN versucht damit, Angebote zu schaffen, die trotz eher unangenehmer Thematik (Sucht und Rauchen) Spaß, Freude, Motivation und Gemeinschaftserleben mit sich bringen (siehe zu diesen Themen auch Moessner, Zimmer, Wolf & Bauer, 2008; Zimmer & Haug, 2012).

**Zusammenfassung: Stärken und Vorteile von SQUIN**
SQUIN ist ein Online-Gruppentraining zur Tabakentwöhnung, das frei ist von örtlichen oder zeitlichen Barrieren und dabei versucht, psychologische Hemmnisse abzubauen. Mittels Gruppenkohäsion und Immersion (Versenkung, Engagement) strebt SQUIN an, die Teilnehmer im Ausstiegsprozess zu halten und bis über den Rauchstopp hinaus längerfristig zu betreuen. Rückfallgefahrensituationen werden zudem, anders als im Rahmen von Vor-Ort-Kursen, zielgerichtet und »live« begleitet.

*Örtliche und zeitliche Barrieren*
Jede Form von Internetzugang per Laptop, Tablet oder Smartphone ermöglicht grundsätzlich die Nutzung von SQUIN. Die omnipräsente Verfügbarkeit soll es einer breiten Nutzerschicht – auch in bisher unterversorgten Regionen – ermöglichen, von SQUIN zu profitieren. Die derzeit erfolgreichste Entwöhnungsmethode, ein verhaltenstherapeutisch orientierter Entwöhnungsprozess in einer Gruppe Gleichgesinnter mit gemeinsamem Rauchstopp (Hoch & Kröger, 2011; Kröger & Piontek, 2011; Kröger et al., 2015), wird dabei online abgebildet und um zusätzliche Module (s.o.) ergänzt.

*Psychologische Hemmnisse*
SQUIN ermöglicht und empfiehlt die Nutzung eines Pseudonyms, um offener kommunizieren zu können. Die Sorge, persönliche Erfahrungen oder Angaben könnten Bekannte oder Kollegen erreichen, soll so reduziert werden. Zudem ist es möglich, jederzeit festzulegen, welche persönlichen Angaben für die Gruppe sichtbar sein sollen. Von außen und für Dritte sind gar keine Daten oder Angaben der Nutzer einsehbar. Das von SQUIN entwickelte Datenschutzkonzept wurde vom Berliner Datenschutzbeauftragten abgenommen und entspricht den deutschen und europäischen Regularien.

*Nachhaltigkeit*
Anders als Vor-Ort-Kurse ist SQUIN grundsätzlich in der Lage, Begleithilfen über einen langen Zeitraum zur Verfügung zu stellen, ohne dass die wirtschaftlichen Kosten

# MOT 4-6

## Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder

3., überarbeitete und neu normierte Auflage

R. Zimmer

**Einsatzbereich:**
Der MOT 4-6 erfasst den motorischen Entwicklungsstand von Kindern im Vorschulalter (4 bis 6 Jahre). Für Kinder mit Behinderungen oder Entwicklungsverzögerungen kann über diesen Altersbereich hinaus das motorische Entwicklungsalter ermittelt werden. Der Test ermöglicht eine quantitative Auswertung der Ergebnisse, er kann darüber hinaus aber auch als prozessbegleitendes Beobachtungsverfahren verwendet werden.

**Das Verfahren:**
Der MOT 4-6 besteht aus 17 Testaufgaben (und einer Aufwärmaufgabe), die in spielerischer, kindgerechter Weise den motorischen Entwicklungsstand des Kindes erfassen und sich sieben motorischen Bereichen zuordnen lassen (z.B. gesamtkörperliche Gewandtheit und Koordinationsfähigkeit, feinmotorische Geschicklichkeit, Gleichgewichtsvermögen). Neben der Ermittlung eines Normwertes (Gesamttestwert), der die Einordnung des Testergebnisses im Vergleich zur durchschnittlichen Leistung in der betreffenden Altersgruppe ermöglicht, gibt der Test dem Praktiker zusätzlich nützliche Hilfen zur qualitativen Beobachtung und Beurteilung der motorischen Performanz des Kindes an die Hand.

**Gültigkeit:**
Es liegen zahlreiche Validierungsstudien aus den Jahren 1974 bis 2014 vor, die im Manual berichtet werden. Die kriterienbezogene, Inhalts- und Konstruktvalidität konnten umfassend bestätigt werden.

**Bearbeitungsdauer:**
Für die Durchführung des Tests müssen 20 bis 30 Minuten veranschlagt werden.

| Artikel-Nr. | Beschreibung | € |
|---|---|---|
| 04 082 01 | Test komplett bestehend aus: Manual, 2 Instruktionshefte, 40 Protokollbogen und Testmaterial im Koffer | 628,00 |

# SI-KJ

## Schlafinventar für Kinder und Jugendliche

G. Lehmkuhl / A. Agache / D. Alfer
L. Fricke-Oerkermann / Ch. Tielsch
A. Mitschke / E. Schäfermeister
J. van der Stouwe / A. Wiater

**Einsatzbereich:**
Kinder und Jugendliche. Die vier Instrumente des SI-KJ umfassen unterschiedliche Altersbereiche, insgesamt wird der Altersbereich von 5 bis 18 Jahren abgedeckt.

**Das Verfahren:**
Das Schlafinventar für Kinder und Jugendliche (SI-KJ) beinhaltet vier verschiedene Instrumente zur Diagnostik von Schlafproblemen und Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Zur orientierenden Diagnostik liegen ein Elternfragebogen und ein Fragebogen für Kinder und Jugendliche vor. Es handelt sich um Screening-Instrumente, aus denen sich erste Hinweise für das Vorliegen von Schlafstörungen sowie von belastenden Schlafbedingungen ableiten lassen. Der Fragebogen für Kinder und Jugendliche enthält 28 Items, der Elternfragebogen umfasst 33 Items. In beiden Fragebögen werden neben der Hauptskala „Schlaf- und Tagesverhalten" die Subskalen „Ein- und Durchschlafprobleme", „Vegetative Symptome" sowie „Tagesbefindlichkeit" gebildet. Der Elternfragebogen enthält zudem die Subskala „Nächtliche Ereignisse". Zusätzlich werden in beiden Fragebögen verschiedene Merkmale der Schlafhygiene und Schlafumgebung sowie körperliche Faktoren erfasst. Zwei strukturierte Interviews dienen der differenzierten Erfassung von Schlafstörungen und der Differentialdiagnostik aus Selbstsicht und Fremdsicht. Die Interviews gestatten eine Überprüfung der Diagnosekriterien nach ICD-10 und ICSD für insgesamt zehn Schlafstörungen.

**Bearbeitungsdauer:**
Die Bearbeitung eines Fragebogens dauert etwa 10 bis 15 Minuten. Der zeitliche Aufwand der Interviews ist davon abhängig, ob Schlafprobleme vorhanden sind. Insgesamt muss hier von einer Dauer zwischen 15 und 45 Minuten ausgegangen werden.

| Artikel-Nr. | | € |
|---|---|---|
| 01 397 01 | Test komplett | 112,00 |

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen, Deutschland
Tel. +49 551 999 50-0 / Fax -111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

hogrefe

| | Rauchfrei-Programm (RF) | SQUIN | Signifikanz (p < .01) | Falls Gruppenunterschied Vorteil für |
|---|---|---|---|---|
| **Demografie** | | | | |
| Alter | M = 45,96 SD = 12.35) (n = 410) | M = 41,52 (SD = 11.89)(n = 145) | t (441) = 3,757; p < 0.001 | RF |
| Erwerbstätig (ja) | 69,0 % (n = 283 von 410) | 84,1 % (n = 122 von 145) | Chi: 12,406; p < 0.001; df = 1 | SQUIN |
| **Rauchgeschichte** | | | | |
| Rauchdauer (Jahre) | M = 26,13 (SD = 11.75) (n = 410) | M = 21,74 (SD = 12.77) (n = 149) | t (401) = 3,815; p < 0.001 | SQUIN |
| **Aktuelles Rauchverhalten** | | | | |
| Fagerströmwert | M = 4,65 (SD = 2.41) (n = 410) | M = 5,58 SD = 2.25) (n = 146) | t (456) = -4,073; p < 0.001 | RF |
| **Aufhörmotivation** | | | | |
| Aufhörwille (0 = kein; 4 = sehr hoch) | M = 3,70 (SD = 0.51) (n = 410) | M = 3,51 (SD = 0.75) (n = 146) | t (288) = 3,385; p < 0.001 | RF |
| **Aufhörgeschichte** | | | | |
| Bereits versucht, vollständig aufzuhören | 79,1 % (n = 322 von 410) | 94,0 % (n = 140 von 149 ) | Chi: 18,127; p < 0.001; df = 1 | RF |
| Erfahrung mit mindestens einer Aufhörmethode | 43,5 % (n = 97 von 410) | 53,4 % (n = 79 von 148) | Chi: 44,483; p < 0.001; df = 1 | RF |
| **Ziele, Erwartungen, Sorgen** | | | | |
| Lieber reduzieren | M = 2,97 (SD = 1.09) (n = 410) | M = 3,20 (SD = 0.98) (n = 147) | t (473) = -12,046; p < 0.001 | SQUIN |
| Sorgen über Rauchverhalten (1 = sehr hoch; 4 = gar keine) | M = 1,56 (SD = 0.69) (n = 410) | M = 1,91 (SD = 0.85) (n = 146) | t (346) = -4,939; p < 0.001 | RF |

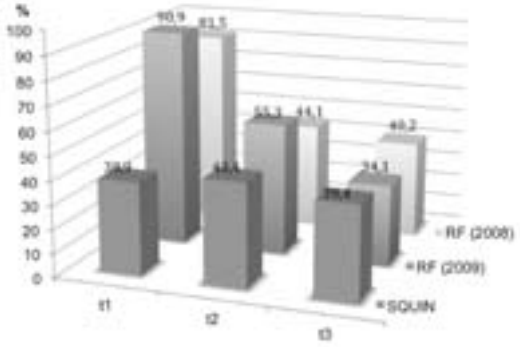
**Tabelle 1:** *Vergleichende Stichprobenbeschreibung (Datenlage Rauchfrei-Programm aus Gradl, 2008)*

dadurch erhöht werden. So kann SQUIN potenziell zur Stelle sein, wenn konkrete Rückfallgefahren drohen (hier z.B. durch Nutzung eines Notfall-Buttons). Andererseits ist der Nutzer nach dem Rauchstopp, also in der Phase, in der die meisten nach und nach doch noch an der Abstinenz scheitern und wieder zum kontinuierlichen Rauchen zurückkehren, nicht auf sich allein gestellt. Alle Nutzer können nach Ende des eigentlichen Trainingspfades weiterhin von SQUIN Gebrauch machen und bekommen außerdem bis zu zwölf Monate lang zusätzliche Inhalte zur Aufrechterhaltung bereitgestellt.

## Erste Ergebnisse der Evaluation

538 Nutzer meldeten sich im Erhebungszeitraum zum Trainingsprogramm an. Davon erklärten sich 212 zur Evaluation bereit, nur 168 nahmen allerdings tatsächlich teil. Die Evaluation erfolgte mittels zeit- oder fallgesteuerter Online-Abfragen, die im SQUIN-Programm eingeblendet wurden. Für eine Nachbefragung sechs Monate nach dem Rauchstopp wurden von den 212 ursprünglich Einverstandenen diejenigen 175 angeschrieben, bei denen eine Nachbefragung zeitlich sinnvoll war – also seit dem Rauchstopp bereits mindestens sechs Monate verstrichen waren. 83 davon meldeten sich zurück und machten Angaben (47 Prozent Rücklauf).

**Abbildung 4:** *Abstinenzquoten von Rauchfrei-Programm und SQUIN im Vergleich*




Die Abstinenzquoten wurden gemäß der sogenannten »Intention-to-Treat«-Analyse (ITT) erfasst, das heißt, all diejenigen Teilnehmer, die auf die Frage nach der Rauchfreiheit mit »nein« oder »gar nicht« antworten, werden zur Gruppe der Rückfälligen beziehungsweise Raucher zusammengefasst. Es handelt sich damit also um ein konservatives Vorgehen, da es für ein Nichtantworten vielfältige Gründe geben kann (z.B. »keine Lust auf Fragen« etc.), nicht nur erneutes Rauchen. Die tatsächliche Abstinenzquote wird dadurch eher unterschätzt.

Zunächst werden Ergebnisse im Vergleich zum Rauchfrei-Programm berichtet, das derzeit als Goldstandard für Tabakentwöhnungsprogramme gilt; im Anschluss folgen speziell auf SQUIN bezogene Auswertungen.

Die Daten zum Rauchfrei-Programm entstammen der Dissertation von Gradl (2008) und dem Jahresbericht 2014 (Wenig & Kröger, 2014). Sie beziehen sich auf Erhebungen aus 2007 (n = 410) und 2009 (n = 3998; ab 2010 wurde dort anstatt der gängigen Sechs-Monats- auf eine Zwölf-Monats-Postbefragung gewechselt).

*Die Stichproben von Rauchfrei-Programm und SQUIN im Vergleich*

Die Stichproben wurden verglichen in Bezug auf: Geschlecht, Alter, Familienstand, Ausbildungsstand, Erwerbstätigkeit, Body-Maß-Index, Rauchdauer, Rauchprodukt, Menge-Frequenz-Index zur Rauchintensität, Stärke der körperlichen Abhängigkeit (gemessen mit dem Fagerströmtest, der einen Wert zwischen »0« und »10« annehmen kann, siehe dazu Gradl, 2008, S. 24), Aufhörwille, Aufhörzuversicht, Aufhörversuche, bereits genutzte Hilfsmittel, Wunsch nach Konsumreduktion anstelle des Rauchstopps, Sorge über Gewichtszunahme, Sorge über eigenes Rauchverhalten.

In Tabelle 1 ist ersichtlich, bei welchen Variablen sich signifikante Stichprobenunterschiede zeigten.

Abgeleitet aus der Forschung zu Prädiktoren des Ent-

Akademie Heiligenfeld

# Kongress „Spiritualität im Leben“

## 02. bis 05. Juni 2016
## Bad Kissingen, Regentenbau und Heiligenfeld Kliniken

Spiritualität ist gesellschaftsfähig geworden. Die Dominanz von Technologie, Materialismus und Medialität fordert eine Rückbesinngung nach Innen. Was gibt uns Orientierung und Halt in Zeiten schnellen, kulturellen und gesellschaftlichen Wandels? Woher nehmen wir unsere Werte? Wie erfüllen wir unsere Sehnsucht nach Transzendenz? Wie bestimmen und erfahren wir einen größeren Zusammenhang, in dem wir unseren Platz finden? Der Kongress stellt sich der Frage: Was bedeutet eine zeitgemäße Spiritualität im Leben, im Gesundheitswesen, in der Psychotherapie, in der Wirtschaft, in der Führung, in der Schule, in der Wissenschaft und in unserer Gesellschaft? Wir laden Sie ganz herzlich zum Kongress „Spiritualität im Leben“ ein.

Diskutieren Sie mit Top-Referenten wie Prof. Dr. Claus Eurich, Dr. Joachim Galuska, Prof. Dr. Ingrid Wiedel, Dr. Albrecht Mahr, Martin Bruders, Axel Perinchery, Albert Pietzko, uvm.

Akademie Heiligenfeld GmbH • Altenbergweg 6 • 97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971 84-4600 • Fax: 0971 84-4220 • info@akademie-heiligenfeld.de

**www.kongress-heiligenfeld.de**

| PUBLIC-HEALTH-NUTZEN | Rauchfrei-Programm (34 % Abstinenzquote nach sechs Monaten) | SQUIN (39 % Abstinenzquote nach sechs Monaten) |
|---|---|---|
| Endkosten für 1000 Abstinenzen | Dafür wäre hier zunächst nötig, für 2 857 TN die Kosten von 80 Euro GKV-Zuschuss zu investieren: 228 560 Euro. | Dafür wäre hier nötig, für 2 565 TN die Kosten von 80 Euro GKV-Zuschuss (= Höhe der SQUIN-Kursgebühr) zu investieren: 205 200 Euro. |
| | Die Teilnehmer müssten dann noch den Rest der Kursgebühr (Durchschnittspreis ca. 205 Euro) aufbringen. Das wären 2 857 x (205 - 80 = 125) = 357 125 Euro. | |
| | **Die Endkosten für 1000 Abstinenzen liegen hier bei 585 658 Euro.** | **Die Endkosten für 1000 Abstinenzen liegen hier bei 205 200 Euro.** |

**Tabelle 2:** *Public-Health-Vorteil von SQUIN*

wöhnungserfolgs (siehe Gradl, 2008, S. 77) ist in Tabelle 1 abgetragen, welche Gruppe durch die Stichprobenunterschiede auf diesen Variablen theoretisch begünstigt werden könnte: Sechsmal könnte dem Rauchfrei-Programm ein Entwöhnungserfolg erleichtert werden, dreimal SQUIN. Mittels binär logistischer Regressionen wird daher im weiteren Verlauf der Einfluss dieser Variablen auf die jeweiligen Abstinenzquoten von SQUIN überprüft.

*Abstinenzquoten: Rauchfrei-Programm und SQUIN im Vergleich*

Abbildung 4 zeigt die Abstinenzquoten von SQUIN und Rauchfrei-Programm (RF) aus 2008 und 2009 im Vergleich (t1 = Rauchstopp, t2 = Programmende, t3 = sechs Monate nach Rauchstopp). Die weiterführenden Berechnungen beziehen sich dabei auf die RF-Daten aus 2009:

Rauchstopp (t1): Es wird einerseits ersichtlich, dass im Rahmen einer geführten Vor-Ort-Gruppe offenbar deutlich mehr Teilnehmer bis zum Rauchstopp gehalten werden können. Ab dann aber zeigt sich dort eine stetig absinkende Abstinenzrate. Bei SQUIN dagegen wird initial eine im Vergleich geringere Fähigkeit sichtbar, die Teilnehmer zum Rauchstopp zu führen. 61,1 Prozent der Evaluationsteilnehmer schieden bis zum Rauchstopp aus der Evaluation aus beziehungsweise antworteten nicht mehr. Da im Vergleich nur 36 Prozent aller registrierten SQUIN-Teilnehmer bis zum Rauchstopp das Training abbrachen, liegt nahe, dass unter den Drop-outs der Evaluationsbefragung in ähnlichem Verhältnis Abbrecher enthalten sind, das heißt zirka 36 Prozent den Rauchstopp nicht erreichten und das Training abbrachen, 24 Prozent der 60 Prozent weiterhin im Training verblieben, aber nicht mehr antworteten. Theoretisch könnte also auch eine Abstinenzquote von 62,9 Prozent (38,9 Prozent + 24 Prozent) zum Rauchstopp denkbar sein, die aber aus den Daten nicht darstellbar ist. Ein hoch signifikanter Chi2-Test (chi = 453,438; $p < 0.001$; df = 1) bestätigt den Unterschied zwischen beiden Gruppen.

Ein Vergleich der Halte- und Ausfallgruppe von SQUIN zu t1 zeigt signifikante Verzerrungen mit entwöhnungstheoretischen Implikationen auf einigen Variablen: Geschlecht (mehr Frauen in der Haltegruppe, 61 Prozent vs. 39 Prozent; Nachteil für die Haltegruppe), Alter (höheres Alter in der Haltegruppe, M = 45 vs. M = 39; Vorteil für die Haltegruppe) und Rauchdauer (längere Rauchdauer in der Haltegruppe, M = 25 J. vs. M = 19 J.; Nachteil für die Haltegruppe). Binär logistische Regressionen ergaben jedoch keine signifikanten Einflüsse der Kontrollvariablen sowie der zu t1 verzerrenden Variable »Geschlecht« auf die Abstinenz der SQUIN-Teilnehmer.

Programmende (t2): Zwischen Rauchstopp und Programmende lässt sich bereits der Trend erkennen, dass es SQUIN im Gegensatz zum Rauchfrei-Programm besser gelingt, die Abstinenz weiter zu erhöhen. Hier entspricht die Drop-out-Quote der Gesamtteilnehmer weitgehend derjenigen der Evaluationsteilnehmer (24 Prozent bzw. 23 Prozent), sodass der Wert von 43,4 Prozent als realistisch gelten kann. Auch hier bestätigt ein signifikanter Chi2-Test (chi = 9,544; $p = 0.002$; df = 1) den Gruppenunterschied zum Rauchfrei-Programm (55,3 Prozent). Ein Vergleich der Halte- und Ausfallgruppe von SQUIN zu t2 zeigt keine weiteren signifikanten Verzerrungen. Binär logistische Regressionen fanden auch hier keine signifikanten Einflüsse der Kontrollvariablen sowie des Geschlechts auf die Abstinenz der SQUIN-Teilnehmer.

Sechs Monate nach dem Rauchstopp (t3): Anhand dieses für die Beurteilung der Entwöhnungsqualitäten einer Intervention entscheidenden Indikators lässt sich der zwischen t1 und t2 bei SQUIN ersichtliche Trend bestätigen. Dort war die Abstinenzquote sogar angestiegen, hier nun fällt das unweigerlich eintretende Absinken über den Sechsmonatszeitraum bei SQUIN sichtbar geringer aus. SQUIN erzielt zu t3 sogar eine etwas bessere Quote als das Rauchfrei-Programm (in 2009). Der Chi2-Test (chi = 2,082; $p = 0.149$; df = 1) kann bei derartig kleinem Stichprobenumfang von SQUIN und kleiner Effektstärke ($\phi = 0{,}037$) hier allerdings nicht ausschließen, dass sich die Gruppen in Wahrheit gar nicht statistisch signifikant unterscheiden. Damit wiederum lässt sich argumentieren, dass SQUIN nach sechs Monaten eine ebenso gute Quote erzielt wie das Rauchfrei-Programm. Ein Vergleich der Halte- und Ausfallgruppe von SQUIN zu t3 zeigt keine weiteren signifikanten Stichprobenverzerrungen. Binär logistische Regressionen fanden erneut keine signifikanten Einflüsse der Kontrollvariablen sowie des Geschlechts auf die Abstinenz der SQUIN-Teilnehmer.

Kritisch anzumerken wäre, dass der Evaluation des Rauchfrei-Programms bisher eine deutlich breitere Datenbasis zugrunde liegt (n = 3998 zu t1 & t2; n = 2714 zu t3) und sowohl initiale Teilnahmequote (96 Prozent) als auch Adherence-Quote (68 Prozent, Teilnahme an der Evaluation bis zum Ende) wesentlich höher sind als bei SQUIN: (Datenbasis: n = 168 bei N = 583; Teilnahmequote: 31 Prozent; Adherence: 17 Prozent von n = 168 bis Evaluationsende bzw. 47 Prozent von n = 175 zur Nachbefragung). Bei SQUIN erfolgte die Evaluationsteilnahme freiwillig, was online offenbar zu weitaus geringerer Adherence führte, zugleich aber möglicherweise zu einem ausgeprägten Commitment der Evaluationsgruppe von SQUIN geführt haben mag. Als mögliche Gründe lassen sich die fehlende persönliche Ansprache durch einen Trainer sowie die fehlende erlebbare Gruppendynamik anführen (im Vor-Ort-Kurs zeigt sich, dass sich nahezu alle Mitteilnehmer zur Evaluation bereit erklärt haben). Daraus folgt eine schwierigere Ausgangs-

| Binär logistische Regression | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Regressionskoeffizient B | Standardfehler | Wald | Sig. | Exp(B) | 95 % Konfidenzintervall für EXP(B) | |
| | | | | | | | Unterer | Oberer |
| Schritt 1[a] | Achtsamkeitsnutzung über Level 7 hinaus | 1,61 | 0,64 | 6,24 | ,013 | 5,000 | 1,41 | 17,68 |
| | Konstante | -2,44 | 0,52 | 21,95 | ,000 | 0,09 | | |

a. In Schritt 1 eingegebene Variable: Achtsamkeit über Level 7 hinaus

**Tabelle 3:** *Achtsamkeitsnutzung als positiver Prädiktor der Abstinenz zu t3*

basis für SQUIN, denn alle Drop-outs im Verlauf – unabhängig von der Ursache – müssen als Raucher eingestuft werden. Andererseits mag die positive Selbstselektion der Evaluationsteilnehmer von SQUIN zu besonders positiven Urteilen beigetragen haben.

*Public-Health-Nutzen im Vergleich:*
Entscheidend für Kostenträger im Gesundheitswesen ist der Public-Health-Nutzen einer Intervention, also der Aufwand für einen exemplarischen Gesundheitsnutzen. Dieser ergibt sich folgendermaßen: Wie viel Aufwand ist rein rechnerisch nötig, um mit einer Methode 1000 Personen eine Abstinenz zu ermöglichen? Hier liegt SQUIN aufgrund der höheren Abstinenzquote, aber auch aufgrund geringerer Kosten vorne, wie Tabelle 2 zeigt.
Damit bietet SQUIN eine Public-Health-Kostenersparnis von 65 Prozent gegenüber den aktuell erfolgreichsten Vor-Ort-Entwöhnungskursen.

*SQUIN-Stichprobe:*
*Verlust des Rauchverlangens zum Rauchstopp*
Bezogen auf die Zeit vor dem Rauchstopp gaben neun Prozent der antwortenden Nachbefragungsteilnehmer (n = 83) an, damals »fortgesetzt starkes Rauchverlangen« erlebt zu haben. 44 Prozent erlebten »Rauchverlangen, welches aber weniger stark erschien als zu Beginn von SQUIN«. 22 Prozent erlebten nur noch »sehr wenig« und 25 Prozent »gar kein« Rauchverlangen mehr. Damit konnten gut 90 Prozent der antwortenden Nachbefragungsteilnehmer vom Ansatz von SQUIN, das Rauchverlangen bereits möglichst vor dem Rauchstopp aufzulösen, profitieren. Sie starteten mit einem durchschnittlich verminderten Rauchverlangen in die Rauchfreiheit. Dieser Befund erscheint dahin gehend relevant, dass bislang in der Tabakentwöhnung eher die Strategie verfolgt wird, mit starkem Rauchverlangen besser umgehen zu lernen. Die Verminderung wird dann zum Beispiel an die Nutzung von Nikotinsubstitution delegiert. Dies könnte dem Nutzer jedoch verdeutlichen, dass das Verlangen eigentlich noch vorhanden ist, es lediglich durch Gabe desjenigen Stoffes gelindert wird, von dem er sich entwöhnen möchte – und so die langfristige Abstinenz gefährden.

*SQUIN-Stichprobe: Entzugserscheinungen und Rauchverlangen nach dem Rauchstopp*
Von den 83 Teilnehmern, von denen Daten aus der Nachbefragung vorliegen, berichteten 23 Prozent von »gar keinen«, 35 Prozent von »kaum wahrnehmbaren«, 27 Prozent von »leicht spürbaren« und 15 Prozent von »deutlich spürbaren Entzugserscheinungen« nach dem Rauchstopp.
Damit hatten 58 Prozent der antwortenden Teilnehmer nach dem Rauchstopp wenig mit Entzug zu kämpfen. In der Literatur wird hier meist ein Wert von 50 Prozent angegeben (Kröger & Lohmann, 2007), den SQUIN in diesem wichtigen Bereich also etwas erhöhen konnte. Vier Prozent erlebten den Rauchstopp dann dennoch als »schwer«, 24 Prozent als »eher schwer«, 48 Prozent als »eher leicht« und 24 Prozent als »sehr leicht«. Für 72 Prozent war der Rauchstopp nach der Vorbereitung mit SQUIN damit also keine große Hürde mehr.
Zu der Zeit sechs Monate nach dem Rauchstopp befragt, gaben 50 Prozent an, »gar kein« Verlangen mehr zu empfinden, 31 Prozent »eher keines«, acht Prozent »zeitweise« und elf Prozent »starkes« Verlangen zu erleben. Damit konnten 81 Prozent der Teilnehmer weiterhin davon profitieren, vom Rauchverlangen nicht belastet beziehungsweise gefährdet zu werden.

*SQUIN-Stichprobe: Rückfälle*
In der Nachbefragung gaben 87 Prozent (n = 83) an, seit dem Rauchstopp keine Rückfälle erlitten zu haben. Sechs Prozent erlebten einen Vorfall mit ein bis fünf gerauchten Zigaretten und lediglich sieben Prozent berichteten von einem Rückfall mit mehr als fünf gerauchten Zigaretten. In der Literatur wird von Rückfallraten nach sechs Monaten von weit über 70 Prozent aller entwöhnten Raucher berichtet (Shiffman, 2006) das heißt, mehr als 70 Prozent hatten mindestens einen Rückfall in dieser Zeit, unabhängig von einer möglicherweise wiedererlangten Abstinenz. Bei SQUIN berichten 13 Prozent der Befragten von Rückfällen. Bezogen auf die Gesamtsumme der 175 angefragten Nachbefragungsteilnehmer und unter der Intent-to-Treat-Annahme ergeben sich hier also 59 Prozent Rückfallquote zum Sechs-Monats-Post-Zeitpunkt.

*SQUIN-Stichprobe: Bewertung und Wirkung der Achtsamkeitsinhalte*
Die Evaluationsteilnehmer (n = 156; Missings: n = 12) äußerten sich, während des Trainings dazu befragt, in der Mehrheit positiv über die Nützlichkeit des Angebots: Das Thema »Achtsamkeit« nahmen 44 Prozent als »sehr hilfreich«, 33 Prozent als »hilfreich«, elf Prozent als »eher wenig hilfreich« und zwölf Prozent als »nicht hilfreich« für ihre dauerhafte Rauchfreiheit wahr.
Diejenige Gruppe der Evaluationsteilnehmer, die die Achtsamkeitsangebote als »wenig« oder »nicht hilfreich« bewertete (n = 36) und im Verlauf das Modul oder die Audioübungen nicht nutzte, erreichte (über die Nachbefragung erfasst) eine Abstinenzquote zu t3 von 80,6 Prozent (nicht Intent-to-Treat), Diejenige, die die

**Autoren**

**Diplom-Psychologe Willi Zeidler**
studierte in Berlin und den USA Psychologie und Neurowissenschaften mit Schwerpunkt Achtsamkeit und Emotionsverarbeitung. Es folgte eine Ausbildung zum MBSR-Lehrer (»mindfulness based stress reduction«) und Rauchfrei©-Trainer. Nach klinischen Tätigkeiten im Psychosomatik- und Suchtbereich arbeitet er als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis und promoviert bei Prof. Dr. Dieter Kleiber an der FU Berlin über SQUIN.

**Prof. Dr. Dieter Kleiber**
ist Klinischer Psychologe, Verhaltenstherapeut und Leiter des Arbeitsbereichs Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin. Forschungsschwerpunkte unter anderem: Gemeinde- und Gesundheitspsychologie, Versorgungsforschung, Sozialepidemiologie sexualwissenschaftliche Forschung, sozialwissenschaftliche Aids- und Drogenforschung.

**Kontakt**
Willi Zeidler, Prof. Dr. Dieter Kleiber
Freie Universität Berlin
AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung
Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
Raum JK 25/234
14195 Berlin
**E** willi.zeidler@fu-berlin.de
**T** 0176 – 830 212 56

Achtsamkeitsangebote als »sehr hilfreich« oder »hilfreich« bewerteten (n = 120), eine Quote von 87 Prozent. Ein Chi2-Test konnte diesen deskriptiv gefundenen Gruppenunterschied jedoch nicht statistisch absichern (chi = 0,823; p = 0.364; df = 1). Aus den Angaben der Nachbefragung wurde darüber hinaus im Rahmen einer binär logistischen Regression der Einfluss der fortgesetzten Verwendung von Achtsamkeitsübungen (auch über Level 7 hinaus) auf die Abstinenz zu t3 untersucht. Dabei zeigte sich ein prädiktiver Wert der Variable auf die Abstinenzquote zu t3 ($R2 = .135$; der Anteil der erklärten Varianz beträgt also 13,5 Prozent).

*SQUIN-Stichprobe: Teilnehmergesamtwertung*
Auf die Frage, wie gut SQUIN dazu verholfen hat, gerne rauchfrei zu sein, antworteten die Teilnehmer in der Nachbefragung (n = 83): »nicht unbedingt« (zwei Prozent), »gut« (15 Prozent), »sehr gut« (83 Prozent). Damit erlebten diejenigen Teilnehmer, die auf die Nachbefragung antworteten, SQUIN zu 98 Prozent als positiv. Diejenigen, die nicht antworteten, also als Drop-outs gelten müssen, würden nun im Sinne des Intention-to-Treat-Ansatzes wieder so gewertet, als hätten sie sich negativ geäußert. Von den insgesamt angeschriebenen Nachbefragungsteilnehmern (n = 175) erlebten also 46 Prozent SQUIN als hilfreich (die restlichen 54 Prozent setzen sich zusammen aus den zwei Prozent Negativbewertung und den Drop-outs).

*Zum Schluss noch einige O-Töne:*
♦»Ich fand das Programm sehr gut. Zum einen war es für mich wichtig, zeitlich unabhängig zu sein und keine weiten Wege zusätzlich in Kauf nehmen zu müssen. Zum anderen waren für mich die Erfahrungen und Tipps meiner Mitstreiter sehr hilfreich. Die Gedanken von XY ergänzten die Ausführungen der Trainer. Es war sehr gut, und ich bin optimistisch, diesmal dauerhaft von den Zigaretten wegzukommen.«♦»Hatte einen Rückfall nach dem Rauchstopp, aber die Aufrechterhaltung (oder wie das hieß) hat mir sehr geholfen.«♦»Die Flexibilität hat mir gefallen. Die Gruppe war auch sehr sympathisch. Habe es einigen Freunden weiterempfohlen.«♦»Mal was anderes – und es funktioniert!«♦»Mich hat das Gruppentraining mit der verhaltenstherapeutischen Begleitung von Anfang an überzeugt. Mir hat auch die gegenseitige Unterstützung und Inspiration in der Gruppe sehr geholfen. Ohne diese tolle Begleitung durch Ihre Mentoren wäre ich sicherlich wieder gescheitert. Zum anderen konnte ich das SQUIN-Programm bei den täglichen Achtsamkeitsübungen nach dem Rauchstopp immer wieder zur Hilfe und Stabilität nutzen. Vielen Dank nochmals für die tolle Unterstützung und Begleitung!«♦»Konnte bis heute rauchfrei bleiben, arbeite heute noch einmal wöchentlich mit dem SQUIN Programm, hilft mir sehr.«♦»Hatte leider nach einigen Monaten einen Rückfall, aber nach ein bis drei Zigaretten hat mir das Rückfallmanagement (insbesondere die Achtsamkeitsübung) von SQUIN geholfen, mit dem Rauchen wieder aufzuhören.«♦»Anonym und trotzdem nicht alleine! Das fand ich super!«♦»Rückfall dank der SQUIN-Expertin und dem roten Notfall-Button super überstanden!«

## Ausblick

Folgende potenzielle Vorteile von SQUIN zeichnen sich im Zuge dieser Pilot-Evaluation ab:

- Barriere Zugang: Der Zugang zu wirkungsvoller Unterstützung wird erweitert und erleichtert.
- (Langfristige) Wirksamkeit und Rückfälle: Omnipräsenz und langfristige Verfügbarkeit erhöhen die Nützlichkeit und Wirksamkeit des Trainings, v.a. im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der erzielten Abstinenz.
- Public-Health-Kosten: Die gesundheitswirtschaftlichen Kosten für die Erreichung von Tabakabstinenz lassen sich mit dieser Maßnahme senken.

Angesichts dieser ersten Einschätzung wäre eine weitere Verbreitung und Nutzung derartiger Angebote als Ergänzung der wirkungsvollen Vor-Ort-Entwöhnungsmaßnahmen wünschens- und empfehlenswert. Unter www.squin.de ist SQUIN grundsätzlich für jeden nutzbar, die Kursgebühr beträgt 80 Euro. SQUIN wurde zudem nach § 20 SGB V als Präventionsmaßnahme zertifiziert und wird aktuell von einzelnen gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Bezuschussung als Präventionsmaßnahme ist SQUIN jedoch grundsätzlich jedem GKV-Versicherten stark ermäßigt beziehungsweise kostenfrei zugänglich. Die grundsätzlichen Merkmale dieser Interventionsform lassen sich auch in andere Anwendungsgebiete transferieren. So befinden sich durch die SQUIN GmbH aktuell ähnlich aufgebaute Präventionstrainings für die Bereiche Diabetes und Stressbewältigung in Entwicklung. Im Hinblick auf die künftige Evaluation derartiger Präventionsprogramme und die hier berichteten zahlreichen Drop-outs in der Gruppe der Evaluationsteilnehmer erscheint es vorerst bedenkenswert, die Evaluationsteilnahme bei Programmnutzung obligatorisch zu machen, um die Datenbasis der Evaluation durch höhere Teilnehmerzahlen weiter auszubauen. Damit könnte es besser gelingen, tatsächlich Rückfällige von den Teilnehmern zu unterscheiden, die lediglich nicht mehr antworten. Das hätte aber natürlich Auswirkungen auf die Teilnahmebereitschaft (Selbstselektion). Eine Evaluation erscheint zudem nur so lange gerechtfertigt, bis eine hinreichende Evidenzbasierung als gesichert gelten kann. Als Goldstandard gilt natürlich für künftige Studien ein randomisiertes Kontrollgruppendesign, bei dem die Teilnehmer einer Experimental- (z.B. SQUIN) und einer Kontrollgruppe (z.B. Rauchfrei-Programm) zufällig zugeteilt werden, um verlässlichere kausale Aussagen über die Effekte treffen zu können. Ebenso wäre denkbar, den Gruppen spezifische Module (z.B. Achtsamkeit) zur Nutzung zuzuweisen vs. nicht zuzuweisen und die gefundenen Abstinenzquoten zu vergleichen.
So sinnvoll eine vergleichende Evaluation von unterschiedlichen Rauchfrei-Angeboten auch wissenschaftlich sein mag, versorgungspolitisch gilt die Maxime, so lange alternative Strategien zuzulassen – die ja möglicherweise unterschiedliche Zielgruppen ansprechen und die bei verschiedenen Teilgruppen unterschiedliche Effekte erzielen werden –, bis die Nachfrage der Ausstiegswilligen vollständig gedeckt ist. Online-Angebote gelten in diesem Sinne als sinnvolle Erweiterung des Angebotsspektrums.

## ZUSAMMENFASSUNG

Beschrieben wird eine neuartige Form eines onlinebasierten Gruppentrainings zur Tabakentwöhnung (»SQUIN«) mit Web-2.0-Elementen wie Chat, Pinnwand und Social Community. Wichtigen Schwachstellen herkömmlicher Vor-Ort-Entwöhnungsangebote wie hohe Rückfallquoten sowie klassische Nutzungsbarrieren herkömmlicher Angebote wie regionale Unterversorgung und eine geringe Inanspruchnahme – auch aufgrund von psychologischen Hemmnissen – wird hier mit neuen Ansätzen begegnet: Omnipräsenz, Anonymität, Gruppenkohäsion, Serious-Games-Elemente zur Motivationssteigerung, Rückfallpräventions- und Aufarbeitungsmodule, Notfall-Button, Achtsamkeitsübungen und eine langfristige Weiterbetreuung nach Ende der eigentlichen Entwöhnungsphase stellen einige dieser Angebote dar, die mittels Online-Anbindung orts- und zeitungebunden zur Verfügung stehen. Eine Pilotevaluation zeigt, dass diese neuartige Intervention von den Nutzern angenommen wurde und wirksam dazu beiträgt, Rauchverlangen und Entzugserscheinungen zu reduzieren. Die Abstinenzquote nach sechs Monaten erweist sich einerseits als deutlich höher als die der bisher verfügbaren deutschsprachigen Online-Angebote, andererseits als vergleichbar hoch wie die des momentan führenden Vor-Ort-Programms (das Rauchfrei-Programm). Zusammen mit geringeren Teilnahmegebühren punktet SQUIN mit einem höheren Public-Health-Nutzen.



## ABSTRACT

This article introduces a new approach to smoking cessation using an online based group training (»SQUIN«) with Web 2.0 elements like chat, pin board and social community. Major weak spots of conventional on site cessation interventions like high relapse rates, as well as classic entry barriers like deficient supply situation resp. utilization – including due to psychological restraints – are addressed by ways of new means: omnipresence, anonymity, group cohesion, serious games elements to increase motivation, relapse prevention and -reprocessing modules, distress button, mindfulness (audio-)exercises and access to long term aftercare following the actual cessation process, are some of the offerings that are provided in a time and location independent manner. A first pilot evaluation shows that this new approach is accepted by the users and is effectively in reducing craving and withdrawal symptoms. Abstinence rates six months post quit date are on the one hand considerably higher, than those of existing German online cessation programs. Data also show, that on the other hand the rates reach at least those of the best on site program (the Rauchfrei-Programm) or even exceed them. Abstinence rates together with lower fees allow SQUIN to provide superior public health benefits.


## LITERATUR


**AWMF. (2004).** Leitlinien Tabakbedingte Störungen der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). AWMF online. http://www.raucherambulanz.tu-dresden.de/awmf_2004.pdf

**Bauer, S. & Kordy, H. (Hrsg.). (2008).** E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Heidelberg: Springer.

**Bauer, S., Wolf, M., Mossner, M., Zimmer, B. & Kordy, H. (2008).** The potential of communication technologies in prevention and psychotherapy. Stepped care in psychosocial service provision. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 29 (3), 227-242.

**Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G. A., Lindenmeyer, J. & Mundle, G. (2012).** Achtsamkeitsbasierte Rueckfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP-Programm. Weinheim: Beltz.

**Brewer, J. A., Elwafi, H. M. & Davis, J. H. (2013).** Craving to quit: psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. Psychol Addict Behav, 27 (2), 366-379.

**Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M. & Rounsaville, B. J. (2011).** Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence, 119 (1-2), 72-80.

**Carr, A. (2012).** Für immer Nichtraucher! Der einfache Weg, dauerhaft mit dem Rauchen Schluss zu machen. München: Mosaik.

**Civljak, M., Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Sheikh, A. & Car, J. (2013).** Internet-based interventions for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews, 7.

**Cropley, M., Ussher, M. & Charitou, E. (2007).** Acute effects of a guided relaxation routine (body scan) on tobacco withdrawal symptoms and cravings in abstinent smokers. Addiction, 102 (6), 989-993.

**Danaher, B. G., Severson, H. H., Andrews, J. A., Tyler, M. S., Lichtenstein, E., Woolley, T. G. & Seeley, J. R. (2013).** Randomized Controlled Trial of MyLastDip: A web-based smokeless tobacco cessation program for chewers ages 14-25. Nicotine & Tobacco Research, 15 (9), 1502-1510.

**Davis, J. M., Manley, A. R., Goldberg, S. B., Smith, S. S. & Jorenby, D. E. (2014).** Randomized trial comparing mindfulness training for smokers to a matched control. Journal of Substance Abuse Treatment.

**Etzel, M., Mons, U., Schmitt, S., Lang, P. & Pötschke-Langer, M. (2008).** Raucherentwöhnung in Deutschland 2007. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 51 (12), 1453-1461.

**Gamberini, L., Barresi, G., Majer, A. & Scarpetta, F. (2008).** A game a day keeps the doctor away: A short review of computer games in mental healthcare. Journal of CyberTherapy and Rehabilitation, 1 (2), 127-145.

**Geurtz, J. (2008).** Aufatmen! In nur einem Tag endgültig zum Nichtraucher. Ohne Gewichtszunahme zum Erfolg. München: Nymphenburger.

**Gradl, S. (2008).** Entwicklung und Evaluation des Tabakentwöhnungsprogramms »Das Rauchfrei Programm«. (Dissertation), Universität Leipzig.

**Gradl, S., Kroeger, C., Floeter, S. & Piontek, D. (2009).** Effectiveness of a modern smoking cessation programme based on international guidelines. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 30 (2), 169-185.

**Haug, S., Meyer, C., Gross, B., Ulbricht, S., Bauer, S. & John, U. (2010).** Internetbasierte Foerderung der Tabakabstinenz in der Rehabilitation. Sucht, 56 (2), 117-124.

**Hoch, E. & Kröger, C. B. (2011).** Nikotinabhängigkeit. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), Klinische Psychologie & Psychotherapie (S. 767-782): Berlin: Springer.

**Knaevelsrud, C. (2005).** Efficiacy of an Internet-Driven Therapy (Interapy) for Postraumatic Stress and the Online Therapeutic Alliance. (Dr. phil. Dissertation), University of Zürich.

**Kröger, B. & Piontek, D. (2011).** Tabakentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Gesundheitsförderung konkret (Vol. 2). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

**Kröger, C. B., Gomes de Matos, E., Piontek, D. & Wenig, J. R. (2015).** Ausstiegsversuche und Hilfsmittelnutzung unter Rauchern in Deutschland: Ergebnisse aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012. Gesundheitswesen; EFirst.

**Kröger, C. B. & Lohmann, B. (2007).** Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit: Göttingen: Hogrefe.

**Matos, E. G. d., Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2013).** Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 59 (6), 355-366.

**Moessner, M., Zimmer, B., Wolf, M. & Bauer, S. (2008).** Neue Medien für die gesundheitliche Versorgung. Psychotherapeut, 53 (4), 277-283.

**Moshammer, H. & Neuberger, M. (2007).** Long term success of short smoking cessation seminars supported by occupational health care. Addict Behav, 32 (7), 1486-1493.

**Mundle, G., Bowen, S., Heinz, A. & Kienast, T. (2014).** Praktische Anwendung von Achtsamkeit in der Suchttherapie am Beispiel des MBRP Programms und der DBT-Sucht. SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 60 (1), 29-36.

**Satow, L., Lippke, S. & Schwarzer, R. (2009).** Planung und Selbstwirksamkeit von Teilnehmern an einer Online-Intervention für entwöhnungsmotivierte Raucher. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 17 (3), 114-120.

**Schuman-Olivier, Z., Hoeppner, B. B., Evins, A. E. & Brewer, J. A. (2014)**. Finding the right match: mindfulness training may potentiate the therapeutic effect of nonjudgment of inner experience on smoking cessation. Subst Use Misuse, 49 (5), 586-594.

**Schwarzer, R. & Satow, L. (2012).** Online intervention engagement predicts smoking cessation. Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, 55 (3), 233-236.

**Shiffman, S. (2006).** Reflections on smoking relapse research. Drug and Alcohol Review, 25 (1), 15-20.

**Taylor, C. & Luce, K. H. (2003).** Computer- and Internet-based psychotherapy interventions. Current Directions in Psychological Science, 12 (1), 18-22.

**Toll, B. A., Schepis, T. S., O'Malley, S. S., McKee, S. A. & Krishnan-Sarin, S. (2007).** Subjective reactivity to the first cigarette of the day as a predictor of smoking relapse: a preliminary study. Drug Alcohol Depend, 89 (2-3), 302-305.

**Wenig, J. & Kröger, C. (2014).** Das Rauchfrei Programm – Jahresbericht 2014. Retrieved 13.07.2015, 2015, from www.rauchfrei-programm.de/images/Jahresbericht_2014.pdf

**Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2007).** Overview of relapse prevention Therapist's guide to evidence-based relapse prevention (pp. 3-17). San Diego, CA: Elsevier

**Wörmann, M. (2014).** Tabakentwöhnung in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Evaluation eines internetbasierten Ausstiegsprogramms für Raucher. (Dissertation), Universität Bielefeld.

**Zeidler, W. (in Vorbereitung).** Evaluierung einer neuen Form der Tabakentwöhnung – »SQUIN«, ein online- und smartphonebasiertes Social-Serious-Game mit Achtsamkeits-Rückfallpräventions-Modul. (Dissertation), Freie Universität Berlin.

**Zimmer, B. & Haug, S. (2012).** Virtuelle Gruppentherapie. In: Strauss, Bernhard, Mattke, Dankwart. Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. (S. 463-476).